

Универзитет у Београду  
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију  
Студијски програм: Дефектологија  
Модул: Сметње и поремећаји вида



МАСТЕР РАД

**ЗАДОВОЉСТВО РОДИТЕЉА ДЕЦЕ СА ОШТЕЋЕЊЕМ ВИДА И  
ДЕЦЕ СА ОШТЕЋЕЊЕМ СЛУХА УСЛУГАМА РАНЕ  
ИНТЕРВЕНЦИЈЕ**

Ментор:

Проф. др Весна Вучинић

Кандидат:

Валентина Мартаћ 2019/3146

Београд, 2020.

**Ментор:**

*др Весна Вучинић*

Ванредни професор

Универзитет у Београду

Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију

**Чланови комисије:**

*др Бранка Јаблан*

Редовни професор

Универзитет у Београду

Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију

*др Марија Анђелковић*

Доцент

Универзитет у Београду

Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију

## Апстракт

Различите интеракције и утицаји који долазе из социјалне средине умногоме утичу на развој детета. Велики број истраживача наглашава рану интервенцију као програм подршке који је неопходан како би се детету са сметњом у развоју омогућио оптималан развој. Развој детета са оштећењем вида или оштећењем слуха тече по истим законитостима као развој детета типичног развоја, али неке функције и вештине, уколико изостане рана стимулација, могу бити недовољно развијене. Процес опсервације и процене детета започиње при првом доласку у сервис ране интервенције. Након извршене процене и одлуке о укључењу у програм, са родитељима се прави даљи план који се односи на постављање циљева, будуће активности и подршку породици и детету. „Породица у центру“ је модел рада и филозофија која укључује родитеље као активне учеснике у раду са дететом. Равноправан однос родитеља и стручњака као и ангажовање родитеља у раду са дететом подиже њихово самопоуздање, повећава компетенције и подстиче позитиван модел родитељства. Циљ нашег истраживања био је испитати задовољство родитеља деце са оштећењем вида и деце са оштећењем слуха услугама ране интервенције употребом прилагођеног Упитника. Области које су садржане у Упитнику односе се на социодемографске податке, однос са стручњацима, самоефикасност родитеља и унапређење праксе ране интервенције у Србији. У истраживању су учествовала 44 родитеља деце са оштећењем вида и деце са оштећењем слуха укључених у програм ране интервенције из различитих градова Србије. Добијени резултати указују на висок степен задовољства родитеља деце са оштећењем вида и деце са оштећењем слуха, али и на неопходност унапређења ране интервенције у нашој земљи. Степен оштећења и ниво образовања родитеља показали су се као веома значајни у *Односу са стручњацима и Самоефикасности родитеља*.

**Кључне речи:** рана интервенција, породица, деца са оштећењем вида, деца са оштећењем слуха

## Abstract

*The various interactions and influences that come from the social environment greatly influence the child's development. A large number of researchers emphasize early intervention as a support program that is necessary to enable optimal development of a child with a developmental disability. The development of a child with visual impairment or hearing impairment follows the same laws as the development of a child of typical development rules, but some functions and skills, if early stimulation is lacking, may be underdeveloped. The process of observation and assessment of the child begins since the first visit to the early intervention service. After the assessment and the decision to join the program, a further plan is made with the parents regarding the setting of goals, future activities and support for the family and the child. "Family at the center" is a working model and philosophy that includes parents as active participants in working with the child. Balanced relationship between parents and experts and the involvement of parents in working with the child raises their self-confidence, increases competencies and encourages a positive parenting model. The aim of our study was to examine the satisfaction of parents of children with visual impairment and children with hearing impairment with early intervention services using a customized Questionnaire. The areas contained in the Questionnaire relate to sociodemographic data, the relationship with experts, parental self-efficacy and the improvement of early intervention practices in Serbia. The research involved 44 parents of children with visual impairments and children with hearing impairments included in the early intervention program from different cities in Serbia. The obtained results indicate a high degree of satisfaction of parents of children with visual impairment and children with hearing impairment, but also the need to improve early intervention in our country. The degree of impairment as well as the level of education of the parents had the significant impact on the subtests Relationship with Professionals and Self-Efficiency.*

**Key words:** *early intervention, family, children with visual impairment, children with hearing impairment*

## САДРЖАЈ

УВОД.....	1
1. ТЕОРИЈСКИ ДЕО .....	3
1.1 РАНА ИНТЕРВЕНЦИЈА .....	3
1.1.1. Тим и процена у раној интервенцији .....	6
1.1.2. „Породица у центру“, исходи и евалуација у програму ране интервенције .....	8
1.2. РАНА ИНТЕРВЕНЦИЈА И ДЕЦА СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ .....	10
1.2.1 Рана интервенција код деце са оштећењем слуха .....	10
1.2.3 Рана интервенција код деце са оштећењем вида .....	14
1.3. ЗАДОВОЉСТВО РОДИТЕЉА РАНОМ ИНТЕРВЕНЦИЈОМ .....	19
1.3.1. Родитељи у процесу ране интервенције.....	19
1.3.2. Задовољство родитеља деце са сметњама у развоју услугама ране интервенције – преглед истраживања.....	23
Проблем истраживања .....	26
Циљеви и задаци истраживања.....	26
2. МЕТОДОЛОГИЈА .....	27
2.1. Варијабле истраживања .....	27
2.2. Инструменти истраживања .....	29
2.3. Опис узорка.....	29
2.3.1. Независне варијабле повезане са развојном сметњом детета .....	31
2.4. Ток истраживања.....	32
2.5. Статистичка обрада података.....	32
3. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА.....	33
3.1. Однос са стручњацима .....	33
3.2. Самоефикасност родитеља .....	35
3.3. Унапређење праксе ране интервенције у Србији .....	37
3.4. Социодемографске варијабле и скорови у области <i>Задовољство односом са стручњацима</i> .....	38
3.5. Однос социодемографских варијабли и скорова у области <i>Самоефикасност родитеља</i> ....	40

4. ДИСКУСИЈА.....	42
4.1. Задовољство родитеља деце са оштећењем вида и родитеља деце са оштећењем слуха односом са стручњацима .....	43
4.2. Самоефикасност родитеља деце са оштећењем вида и родитеља деце са оштећењем слуха .....	45
4.3. Унапређење праксе ране интервенције .....	47
5. ЗАКЉУЧАК.....	51
ЛИТЕРАТУРА.....	52

## УВОД

Истраживачи истичу значај раног развоја и искуства за каснији живот, учење и рад. Овај период карактеришу бројне промене и интеракције са особама из примарне социјалне средине које обликују даљи развој детета (Голубовић, 2018). Брковић (2011) потенцира синтагму „критични период“ за означавање значаја временског периода током развоја у коме треба да се дешавају интеракције и утицаји како би се развиле неке способности или вештине. У овом периоду организам се одликује повећаном сензитивношћу на спољашње или унутрашње утицаје. До прихватања теорије о неуропластичности можданих структура спекулисало се о томе да ли је мозак непроменљива, чврста структура (Ђоковић и Остојић, 2017). Ова теорија заступа тезу да се у раном периоду на мождане структуре може деловати путем сензорних и моторичких дражи што ће довести до њихове реорганизације (Ђоковић и Остојић, 2017).

Значај срединских фактора, активности и социјалних интеракција препознат је крајем 20. века када су се догодиле велике и позитивне промене у односу према деци са сметњама у развоју. Постепено је напуштан медицински модел и пажња је све више усмеравана на адаптацију околине и средине у којој дете борави. У економски развијеним земљама рехабилитација деце са сметњама у развоју је давала добре резултате, захваљујући сталном усавршавању и изналажењу методских поступака који позитивно утичу на њихов развој (Arsić i Marković, 2011). Развој деце са оштећењем вида и оштећењем слуха тече по истим законитостима као и развој деце типичног развоја, али недостатак визуелних и аудитивних стимулуса могу да доведу до споријег развоја неких вештина и функција. Пружање помоћи одојчадима и малој деци са сметњама у развоју, као и њиховим родитељима или старатељима представља део рехабилитацијског програма који је означен синтагмом рана интервенција (Thurmain & Naggl, 2010).

Радећи заједно, стручњаци и родитељи идентификују проблеме, креирају интервенције и стварају прилике за унапређење развоја детета (Chen, 2014). Из заједничке сарадње произлази задовољство родитеља као индикатор успешности интервенције.

Процена нивоа задовољства родитеља деце са општећењем вида и деце са општећењем слуха услугама ране интервенције у нашој земљи може да пружи увид у функционисање и ефикасност овог сегмента рехабилитације. Добијени резултати могу да буду основ за будућа истраживања на ову тему.



# 1. ТЕОРИЈСКИ ДЕО

## 1.1 РАНА ИНТЕРВЕНЦИЈА

Концепт ране интервенције се јавља у Сједињеним Америчким Државама седамдесетих година прошлог века, пре свега, у циљу смањења трошкова у систему здравствене заштите (Mamić, 2016). Напредак медицине је смањио смртност деце, али је повећао број деце са сметњама у развоју. Цвијетић (2016) као посебан изазов наводи рад са „двоструко вулнерабилном“ децом, односно децом код које је дијагностикована нека сметња и која одрастају у неповољним срединским условима. Код деце која имају изразите сметње у развоју, рана интервенција има двоструки значај. Добијањем позитивних исхода, чак и када су остварени мали кораци, охрабрују се дете и родитељ (Bailey et al., 2006). Главни чиниоци који доприносе успешности ране интервенције су: висок интензитет, дуго трајање активности и широк спектар услуга (Guralnick, 1997, према Свијетић, 2016). Развојна психологија као и многе студије о развоју дечјег мозга указују на значај ране интервенције ради обезбеђивања оптималног когнитивног, моторног и психосоцијалног развоја детета (Pogrud & Fazzi, 2002).

Рана интервенција подразумева „широк спектар активности усмерених на подстицање развоја детета од рођења до узраста од пет или шест година“ (Цвијетић, 2016, стр. 62). Неки аутори је дефинишу као „систематски приступ раном и континуираном третману који спроводи тим стручњака, а који је усмерен на потребе одређеног детета и његове породице“ (Glumbić i sar. 2013, стр.103). Подразумева што раније откривање сметње или заостајања у развоју и у складу са тим можемо рећи да има три главна циља: откривање, превенцију и стимулацију. Третман, пре свега, мора пратити развојни след „рехабилитација као рекапитулација нормалног развоја“ (Krstić, 2006, према Arsić i Marković, 2011), што значи да рана интервенција представља деловање на целокупни развој различитим приступима и методама, а то ће зависити од ризика који постоји или проблема који се јавио код детета. У идеалном случају, са стимулацијом и терапијским програмима је најбоље почети у првим данима живота, чим се уочи постојање сметње у развоју или ризика за појаву. Првим корацима у раној интервенцији сматра се упознавање са родитељима и њиховим циљевима за дете, уз стицање обостраног поверења (Meadow-

Orlans et al., 2003, према Sass-Lehrer et al., 2016). Како би се то остварило, пре него што се дете укључи у програм ране интервенције, неопходно је да се опише начин рада и родитељима пружи информације шта се програмом нуди (King et al., 2008). Унапређењу праксе ране интервенције доприносе ставови и мишљење родитеља чија деца добијају услуге програма.

Концепт ране интервенције базира се на трансакционом моделу развоја и на филозофији да породица треба да буде у центру свих догађања (Chen, 2014). Према трансакционом моделу, развој детета зависи од његових интеракција са породицом и околином, при чему постоји њихов узајамни утицај (Sameroff, 2009, према Chen, 2014). Модел рада који негује филозофију „породице у центру“ подразумева стално дељење информација са родитељима, одређивање породичних приоритета на којима се касније темељи програм интервенције, промовисање сарадње између чланова тима и пружање подршке породици у циљу долажења до жељених резултата (Dunst, 2002, према Chen, 2014). Програм ране интервенције се најчешће спроводи у кућним условима, поготово код деце млађе од 18 месеци, а поред тога може се спроводити у центрима за рану интервенцију, центрима за рехабилитацију или едукативним кабинетима (Hebler et al., 2007, према Chen 2014). Брофенбренер (Brofenbrener, 1986, према Sass-Lehrer et al., 2016) у еколошкој теорији развоја истиче утицај породичног окружења као централну компоненту за развој детета. Спровођење програма у природном окружењу је значајно због начина на који се дете подстиче на усвајање одређене вештине, јер се одвија кроз свакодневне активности у месту у коме ће научене вештине да користи и убудуће. Бенефити рада у породичним условима су потврђени многим студијама, чиме је оваква врста рада добила још више на значају (Sass-Lehrer et al., 2016). Подстицајно окружење је веома битно, јер употреба и понављање одређених стимулуса може да помогне да се неко понашање задржи (Hulsebus, 1973, према Dunst, 2010). На пример, реакција детета на одређени звук може већ око другог месеца живота да се устали понављањем тог звука. Деца уче кроз социјалну интеракцију са породицом, а затим и са широм околином, као и кроз истраживање објеката и света око себе (Chen, 2014). Многи стручњаци сматрају да постизање дугорочних резултата не зависи само од директног деловања на развој детета, већ и од околине у којој се оно налази, посебно од карактеристика породичног миљеа и

понашања родитеља (Bronfenbrenner, 1979; Woodhead, 1988, према Brooks-Gunn et al., 2000). Мотивисање деце са оштећењем вида, оштећењем слуха или вишеструким сметњама за истраживање света и стицање самопоуздања и сигурности захтева коришћење различитих видова стимулације. То подразумева употребу преосталог вида или слуха, или других чула како би дете било охрабрено да истражује околину и учествује у активностима (Chen, 2014).

Постојећи сервиси ране интервенције могу да се поделе у односу на услуге које пружају на: превентивне, ремедијационе и компензаторне (Мајнемер, 1998). Превентивне услуге се пружају деци која су под ризиком од настајања неке сметње или кашњења у развоју, односно „ризико-деци“; ремедијационе имају за циљ унапређење функционисања у доменима у којима су регистроване одређене тешкоће и познате су под називом „секундарна превенција“, док се компензаторне услуге користе у ситуацијама када је тешкоћа у развоју тог обима да не може доћи до већих промена осим до минимизирања проблема доступним интервенцијама (Мајнемер, 1998). Програм ране интервенције подржава све ове приступе (Bashir et al., 1989; Dunn et al., 1988, према Мајнемер, 1998). На ефикасност програма ране интервенције утиче време када је дете укључено у програм, што раније то је исход бољи, затим структурираност интервенције и на крају интензитет и учесталост услуга које дете и породица добијају (Pogrud & Fazzi, 2002). На економски значај ране интервенције скреће пажњу Розети (Rosetti, 2001, према Pogrud & Fazzi, 2002) истичући да се сваки долар уложен у подршку детету са сметњом у развоју или под ризиком за настајање сметње, касније враћа као шест долара.

Истраживачи наводе да 51% родитеља примети проблем у прва три месеца живота детета, док 43% деце буде дијагностиковано у току прве године (Кошичек и сарадници, 2009, према Golubović i saradnici, 2015). Рано откривање сметње или ризика за настанак сметње у развоју и благовремено укључивање у третмане пружају прилику за постизање најбољих ефеката на каснији развој детета (Golubović i saradnici, 2015). Велики број лонгитудиналних студија сведочи да рана интервенција доприноси бољем академском постигнућу, унапређује когнитивне вештине и свеукупни развој деце тако да могу да достигну своје вршњаке и да похађају редовна одељења (Anderson et al., 2003).

### 1.1.1. Тим и процена у раној интервенцији

Стручњаци који учествују у тиму за рану интервенцију припадају различитим дисциплинама, а препоручљиво је да га чине најмање три стручњака из различитих области. Састав тима се разликује од земље до земље. По рођењу детета на прво место долазе лекари и медицинске сестре, а затим се укључују припадници других струка. Најчешће су то дефектолог (тифолог, сурдолог, соматопед), психолог, социјални радник, логопед. У центру Винко Бек у Загребу, на пример, тим за рану интервенцију чине едукацијски рехабилитатор, који посматра понашање детета и укључен је у процену и узимање анамнезе заједно са социјалним радником, психолог који координира радом тима, врши процену психомоторног развоја детета и ради на остваривању комуникације између детета и родитеља, родитеља и осталих чланова тима, кинезитерапеут који процењује моторички развој, логопед који врши процену развоја говора и дефектолог-тифолог који процењује развој вида и видних функција (Poljan, 2011). Кинг и сарадници (King et al., 2009) наводе да тим који врши функционалну процену детета чине: медицинска сестра, радни или окупациони терапеут, физиотерапеут, социјални радник и логопед. Свакој породици одређује се примарни терапеут, а од потреба детета зависи којој дисциплини припада (King et al., 2009). Примарни терапеут најчешће пружа услуге у кућним условима, према плану који је сачинио стручни тим, и задужен је за комуникацију породице са осталим члановима тима.

Трансдисциплинарни тимски приступ је препознат као најефикаснији и најбољи јер подразумева сталну размену информација и знања међу члановима тима (Hutchinson, 1978, према Bruder, 2010). За овај приступ је карактеристична процена и посматрање детета од стране родитеља и свих стручњака у тиму, такозвана „арена процена“ (Chen, 2014). Најбитнија одлика рада у трансдисциплинарном тиму јесте прихватање стратегија и техника рада друге дисциплине (King et al., 2009), и самим тим стручњак постаје компетентнији за рад са дететом и породицом. Чланови тима деле стратегије и методе рада са другим члановима, а захваљујући томе и родитељи уче на који начин могу да раде са дететом код куће.

Процес процене креће од прве посете центру/сервису за рану интервенцију, и траје све док не буду прикупљени сви неопходни подаци о функционисању детета и породице. Када се ради изолована процена детета, некада информације могу деловати збуњујуће и непотпуне, поготово када се ради о детету са сметњама у развоју (Meisels & Atkins-Burnett, 2000). Његово стање се стално мења и зато процес поновне процене у одређеном периоду има велики значај. Проценом различитих аспеката развоја код детета добијају се информације на основу којих се креира програм и дају препоруке за унапређење развоја (Chen, 2001). Узимајући у обзир да систем ране интервенције посматра родитеље као равноправне чланове тима за процену и рад са дететом, неопходно је урадити и процену породице што се односи на идентификовање њихових јаких и слабих страна, приоритета и циљева које желе да њихово дете оствари током третмана (Krauss, 2000).

У Хрватској у кабинету за рану интервенцију, при „Малом дому“, за потребе процене користе се технике директне опсервације, интервју са родитељима, као и скале процене. Врши се процена понашања у току игре, комуникације са одраслима, као и процена когнитивних и социјемоционалних карактеристика детета (Melnjak, 2019). Усредсређени на креирање најделотворнијег програма за дете и породицу чланови тима размењују знања и мишљење. Сви деле осећај одговорности за активности у које је дете укључено и исход који ће добити сваком наредном проценом (Melnjak, 2019). За издвајање фактора који имају најизразитији утицај на добијене исходе неопходно је стално посматрање и праћење, као и „растављање на просте чиниоце“ свих елемената интервенције који доприносе остваривању циља (Dunst, 2010). На пример, приликом обуке детета да одржи контакт очима или оствари комуникацију тешко је дати закључак ко има најважнију улогу: родитељи, терапеути или васпитачи. Једино се може тврдити да најбоље резултате даје рад у тиму, јер сваки члан даје свој допринос. У току „арена процене“, један члан тима (сам или са родитељем) иницира контакт са дететом и успоставља интеракцију, док остали чланови посматрају дете и његове облике понашања (King et al., 2009). Адекватна процена заједно са одабраним програмом интервенције води унапређењу развоја детета са сметњама вида или слуха, а у исто време дете се припрема за употребу преосталих чула за учење и спознавање света око себе (Freeman, 1985; McInnes & Treffrey, 1982, према Michael & Paul, 1990).

### 1.1.2. „Породица у центру“, исходи и евалуација у програму ране интервенције

„Породица у центру“ је у исто време филозофија и метод који препознаје породицу као главни ресурс, као примарног примаоца и пружаоца услуге који најбоље познаје своје и потребе свог детета (Bailey et al., 1998, 2006; Guralnick, 2005; Carpenter, 2007, према Tang et al., 2011). Пракса ране интервенције која подржава породицу у центру омогућава родитељима да заједно са стручњацима доносе одлуке о детету (Tang et al., 2011). Укључивање родитеља у програм интервенције повећава њихово интересовање и мотивацију за рад са дететом и у исто време унапређује способности и вештине целе породице (Caro & Derevensky, 1991). Захваљујући овом приступу, родитељи наводе висок ниво задовољства услугама, програмом, организацијом и планом рада (Caro & Derevensky, 1991). Студија која је обухватила 219 породица довела је до закључка да се применом програма који је усмерен на породицу повећава задовољство родитеља и постижу бољи резултати у психосоцијалном аспект функционисања (Stein & Jessop, 1994, 1991, према King et al., 1998). До сличних резултата су дошли аутори лонгитудиналне студије (Hebbeler et al., 2007). Праћењем учинка ране интервенције на родитеље регистровано је да са изласком из програма, када дете напуни три године, родитељи имају бољи степен самоефикасности у многим аспектима (Bailey et al., 2005, према Bailey et al., 2006). Потребе детета се често не могу посматрати изоловано из породичног контекста (Carpenter, 2001, према Bailey et al., 2006), а као резултат тога, не могу се направити јасне границе између услуга које су потребне само породици, и услуга које су потребне само детету (Bailey et al., 2006). Најбитније је да се позитивни ефекти код детета одражавају и на породицу, и обрнуто.

Подаци о деци и породици до којих дођу чланови тима омогућавају да се направи Индивидуални план подршке породици који представља „документован договор шта ће бити фокус интервенције, ко ће бити укључен, када, којим интензитетом, и где ће се подршка пружати“ (Голубовић, 2018, страна 105). Овај документ доноси мултидисциплинарни тим и он треба да садржи:

- тренутни ниво дететовог физичког, когнитивног, социјалног, емоционалног и адаптивног развоја,

- породичне бриге, ресурсе и приоритете,
- циљеве који се очекују за одређени временски период, као и методе којима ће се мерити,
- природно окружење у коме ће се интервенције спроводити,
- датум почетка и завршетка програма, као и остале битне датуме везане за евалуацију или ревизију,
- име координатора, односно особе која ће бити одговорна за имплементацију програма,
- кораке који ће бити предузети током пружања подршке детету и породици (Chen, 2014).

Овај документ је од круцијалне важности за спровођење програма ране интервенције. Стратегије и методе које се користе у програму разликују се у зависности од земље у којој се спроводи као и од стручњака који координира. Када се програм подршке одвија у кућним условима, веома је важна прва посета породици. Приликом прве посете, битно је да пружалац услуга покаже поштовање према родитељима и детету, да их саслуша пажљиво и размотри шта су им највеће бриге, а шта приоритети. Неопходно је да се стручњак фокусира на свакодневне активности породице и да сугестије и предлоге уколико је потребно да се нешто измени, адаптира, како би активности које се изводе са дететом биле повезане са дневним рутинама. Пожељно је да се праве видео записи активности које дете изводи како би се пратио развој, регистровале активности на које дете не реагује и које је потребно изменити, као и уочило шта дете посебно окупира, које су му склоности (Chen, 2014).

Процес транзиције из програма ране интервенције у предшколску установу, такође захтева учешће родитеља и стручњака јер је многим родитељима и даље потребна подршка (Hamblin-Wilson & Thurman, 1990). Напуштање програма ране интервенције не значи нужно да детету више није потребна подршка у одређеном домену. Препоруке и подршка од стране тима за рану интервенцију потребне су и наставницима у школи како би обезбедили адекватне услове за даљи развој детета (Hamblin-Wilson & Thurman, 1990). Кроз рану интервенцију делује се на дете, породицу, али и на социјалну средину, зато се позитивни исходи могу посматрати у односу на дете, родитеље и друштво (Голубовић,

2018). Они се, поред родитеља, односе и на браћу и сестре, као и на чланове шире породице (Poston et al., 2003, према Bailey et al., 2006). Позитивни исходи за родитеље су:

- разумеју и прихватају способности детета, његове могућности, снаге и потребе,
- знају своја права и одлучују ефикасно за дете,
- помажу детету да се развија и учи,
- имају подршку од стране различитих система,
- приступају различитим активностима и сервисима који су доступни у заједници (Bailey et al., 2006).

Документовање ових исхода описује ефективност програма (Bailey et al., 2006).

Евалуација програма ране интервенције може бити формативна и сумативна, односно финална. Формативна евалуација се врши док интервенција траје, у циљу провере да ли се интервенција одвија по планираним корацима, да ли има позитивних ефеката, да ли су потребне неке промене, док се финална ради на крају завршеног програма, у време које је планом предвиђено и показује шта је програмом испуњено и која су достигнућа (Bailey, 2001). Ако циљ ране интервенције посматрамо као достизање максималног развоја детета, онда је њена финална евалуација потпуна интеграција детета у социјалну средину и његово учење и одрастање са вршњацима (Голубовић, 2018). У евалуацији програма ране интервенције, значајно место заузима и процена задовољства родитеља услугама (Bailey & Simeonsson, 1988a; Meisels, 1985, према McNaughton, 1994).

## **1.2. РАНА ИНТЕРВЕНЦИЈА И ДЕЦА СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ**

### **1.2.1 Рана интервенција код деце са оштећењем слуха**

Оштећење слуха може се јавити у три раздобља: пренаталном, перинаталном и постнаталном периоду, а најчешће, у 60% случајева, јавља се у пренаталном периоду, односно пре рођења детета (Pappas, 1985, према Bradarić-Jončić i Mohr, 2010). Касно постављена дијагноза може имати негативан утицај на развој говора, комуникацију, когнитивне функције, што утиче на целокупан каснији живот (Adamović, 2010, према Адамовић и Совиљ, 2013). Аутори наводе да је неурофизиолошки развојни потенцијал



централног аудитивног система већи у првој години живота него касније (Moore & Linthicum, 2004, према Адамовић и Совиљ, 2013). Развој аудитивних путева у кортексу је делимично условљен аудитивном стимулацијом и формира се у складу са специфичностима аудитивног окружења (Zhang et al., 2001, према Ђоковић и Остојић, 2017). Експерименталним студијама је доказано да поновно увођење сензорних дражи после аудитивне депривације доводи до позитивних промена на мозгу и њен штетан утицај може бити одстрањен ако се делује у првим годинама живота (Ђоковић и Остојић, 2017). Централни нервни систем мале деце има велику могућност реорганизације, те се донекле може постићи компензација оштећених делова (Mathis, 1982, према Адамовић и Совиљ, 2013).

Захваљујући неонаталном слушном скринингу урођено и стечено оштећење слуха може бити дијагностиковано, а деца благовремено укључена у процес рехабилитације. Оштећење слуха, иако је невидљиво, захваљујући неонаталном скринингу се лако идентификује (Mauk et al., 1995; National Institutes of Health, 1993, према Chen, 2001). Међутим, само неонаталним скрининг тестом може се добити лажно позитиван резултат, те је неопходно урадити комплетну аудиолошку дијагностику и тиме потврдити резултат (Ђоковић и Остојић, 2017). Сам неонатални скрининг без ране интервенције није довољан да се детету омогући нормалан развој (Young et al., 2010). У процени слуха и процесу ране интервенције код деце са оштећењем слуха неопходан је тим стручњака који чине аудиолог, отолог, педијатар сурдопедагог, логопед, неуролог, фонетичар, психолог, а по потреби се могу укључити и стручњаци других специјалности. Тежња савремене аудиологије јесте да се слушно оштећење дијагностикује што раније, најбоље до трећег месеца живота, коришћењем различитих дијагностичких метода (Адамовић и Совиљ, 2013). Када постоји сумња на оштећење слуха код малог детета, попут непостојања мускуларних рефлекса на јаке звуке или кашњења у развоју говора, мора се приступити објективним методама процене слуха. Процена ће зависити од узраста и могућности детета, током које се може тражити од детета да детектује присуство звука, уочи сличности или разлике, повеже их са предметом (сликом) или их опише (Erber, 1982, према Michael & Paul, 1990). На пример, познато је да дете од рођења до трећег месеца

живота одговара на јаке и изненадне звуке па ће се та чињеница користити у сврху процене (Michael & Paul, 1990).

Последице оштећења слуха могу да се превазиђу укључивањем детета у процес ране хабилитације слуха, говора и језика (Pantelić i sar., 2004, према Адамовић и Совиљ, 2013). За сазревање аудитивног пута и формирање синапси, сензитивни период је у прве две године живота када рехабилитација слушања и говора даје највећи ефекат (Адамовић и Совиљ, 2013). Деца са оштећењем слуха се у програм ране интервенције најчешће укључују између 18. и 30. месеца (Kramer & Williams, 1993, према Chen, 2001). Говорно језички развој деце са оштећењем слуха која се у процес ране интервенције укључе око прве године живота изједначава се са чујућом децом већ у предшколском периоду (Yoshinaga-Itano, 1995; Yoshinaga-Itano et al., 1998, према Адамовић и Совиљ, 2013).

Примена Костићеве селективне аудиторне филтарске амплификације (у даљем тексту КСАФА систем) омогућава да чак 90% деце са оштећењем слуха развије говор и језик до нивоа који им омогућава школовање у редовним разредима (Slavnić, 1996, према Адамовић и Совиљ, 2013). КСАФА систем се користи већ више деценија код деце са оштећењем слуха од рођења до седме године живота и показује значајне резултате. Основни принципи КСАФА система су:

- превентивни рад у саветовалиштима и редовни систематски прегледи,
- рана дијагностика слуха која обухвата пренатални и неонатални скрининг,
- прецизна процена остатака слуха,
- свакодневни третман КСАФА апаратом у трајању од 60 минута,
- прилагођавање апарата и самог третмана остацима слуха,
- обука родитеља за рад са дететом у породичним условима,
- праћење укључивања детета у вртић или школу, праћење социјализације (Адамовић и Совиљ, 2013).

Неки од проблема у самом програму ране интервенције тичу се финансијских ресурса што је у свакој земљи специфично. У Немачкој постоји 71 институција која се бави промоцијом раног детињства и скоро 75% се залаже за рану употребу слушног апарата (Diller et al., 2000). Ове бројке указују да постоји велико интересовање за рану интервенцију код деце са оштећењем слуха. Међутим, ова држава нема довољно средстава

за финансирање преводилаца за подршку и саветовање странаца са децом са оштећењем слуха. Такође, често се од родитеља тражи да долазе у одређени центар како би се смањиле посете код куће, што додатно отежава материјални положај и квалитет живота породице (Diller et al., 2000). На тешкоће се често наилази и у комуникацији са родитељима јер неки сматрају да је глувоћа или наглувост само тренутно стање које ће нестати захваљујући третману или употреби неког помагала, други тешко сарађују јер се налазе у фази жаљења, себе сматрају кривим за настали проблем (Sass-Lehrer et al., 2016).

Рана интервенција је показала позитивне резултате за децу која су рођена са оштећењем слуха и то у виду бољих социјалних и комуникативних компетенција, док је развој говора унапређен захваљујући мајкама које су биле респонзивне и активне у раду са дететом (Calderon & Greenberg, 1997; Meadow-Orlans & Steinberg, 1993; Yoshinaga Itano, 2000, према Meadow-Orlans et al., 2003). Интервенције за децу оштећеног слуха су углавном усмерене ка развоју говора и језика кроз активности које се могу спроводити свакодневно (Decker & Vallotton, 2016). Комуникација са дететом родитељима често представља највећи проблем и зато им је потребно дати препоруке и савете на који начин могу да иницирају контакт са дететом и као да унапређују његове комуникативне способности. Неке од препорука стручњака који раде са децом оштећеног слуха односе се на коришћење и објашњавање нових речи, како би се ширио вокабулар детета, понављање онога што дете каже у упитној форми, коришћење питања која захтевају дужу форму одговора и „паралелни говор“, односно причање о ономе што дете намерава или што тренутно ради (Cruz et al., 2013; DesJardin et al., 2014; DesJardin & Eisenberg, 2007, према Decker & Vallotton, 2016). Међутим, у пракси често ситуација није таква јер стручњаци охрабрују родитеље да подстичу говорно-језички развој свог детета, али не дају и детаљније инструкције на који начин то могу да чине (Moeller et al., 2013, према Decker & Vallotton, 2016). Родитељима је, на пример, потребно посветити доста времена за обуку како да користе знаковни језик у комуникацији са дететом (Decker & Vallotton, 2016).

Према резултатима Националног пројекта за родитеље (National Parent Project, Meadow-Orlans et al., 2003) рана интервенција је допринела бољем говорно-језичком развоју деце оштећеног слуха, с' тим што боље резултате показују деца са блажим оштећењем (Meadow-Orlans et al., 2003). Добри резултати не зависе толико од

социоекономског статуса породице колико од спремности родитеља да обезбеде максимално подстицајну околину, воље и спремности да сарађују и буду укључени у све активности које изводи дете са оштећењем слуха (Henderson & Berla, 1994, према Sass-Lehrer et al., 2016). Због тога је важан и приступ оријентисан на ресурсе што подразумева честу процену породичних ресурса и снага (Hintermair, 2004, 2006, према Sass-Lehrer et al., 2016). Јачање снага и ресурса породице укључује упознавање са децом и одраслима који такође имају оштећење слуха. То је начин да се родитељи охрабре и добију мотив за рад са дететом. Родитељи наводе да им упознавање породица које имају децу са оштећењем слуха значи јер размењују информације и искуства (Nunes et al., 2005, према Jackson et al., 2008). Очеви и старатељи мушког пола су генерално мање укључени у процес рада и активности са дететом (Sass-Lehrer, 2016), али студија Калдерон и Лоу (Calderon & Low, 1998, према Sass-Lehrer et al., 2016) показује да су глува и наглува деца чији су очеви присуствовали активностима у склопу ране интервенције показала боље резултате, посебно у говору и предчиталачким вештинама. Стручњаци који раде са родитељима треба да подстичу учешће оба родитеља подједнако, јер поред природнијег начина рада, то уједно утиче на њихов осећај компетентности и задовољство родитељском улогом. Родитељи деце оштећеног слуха као позитивне стране услуга ране интервенције наводе квалитетан рад стручњака и упознавање других породица са децом оштећеног слуха, а као негативне већина наводи недостатак информација, социјалне подршке (тешко проналазе одељења и вртиће за децу са оштећењем слуха), ограничен приступ сервису и кратко време третмана (Jackson et al., 2008). Осим тога истичу недовољно учешће у доношењу одлука за своје дете када се ради о укључивању у други програм или промени интензитета рада.

### **1.2.3 Рана интервенција код деце са оштећењем вида**

Деца са оштећењем вида развијају се према општој законитости дечјег развоја, с' тим што се могу појавити одређена одступања у неким областима. Оштећење вида представља много више од немогућности или отежаног виђења околине, јер је вид повезан

са моториком, когницијом, комуникацијом (Vučinić, 2014). Због оштећења вида деца могу испољавати пасивност, мању покретљивост, незаинтересованост и слично, што ће утицати на њихов рад и учење (Dikić, 1997). Благовремено откривање оштећења вида веома је важно како би се дете на време укључило у третман и програм рехабилитације. Циљ рехабилитације вида јесте отклањање или ублажавање тешкоћа у подручју визуелне перцепције који се не могу потпуно решити употребом неког оптичког помагала или хируршком интервенцијом (American Academy of Ophthalmology, 2002, према Alimović i sar., 2013). Деца која имају значајно оштећење вида идентификују се по рођењу или до четвртог месеца живота (Chen, 2001). Са друге стране, деца са блажим оштећењем и кортикалним оштећењем вида остају непримећена дуже време (Ferrell, 1998, према Chen, 2001). Досадашња истраживања су показала да оштећење вида знатно утиче на рани развој (McConachie & Moore, 1994; Sonksen & Dale, 2002, према Alimović i sar., 2013), па је неопходно урадити свеобухватну процену функционисања детета. Дијагностичке процедуре за децу са оштећењем вида треба да обухвате: процену функционалног вида, податке претходних педијатријских прегледа, и комплетан офталмолошки и неуролошки преглед (Ospina, 2009, према Vučinić i sar., 2019). Проблеми у подручју визуелно-перцептивних функција захтевају и процену когнитивних и виших визуелних функција (Sakki et al., 2018, према Vučinić i sar., 2019), а све у циљу разумевања функционисања детета и креирања адекватног плана рада. За процес процене деце са оштећењем вида, Чен (Chen, 2001) предлаже остваривање следећих предуслова:

- употребу адекватних материјала,
- прикупљање информација од родитеља или неговатеља,
- вршење процене у различитим животним ситуацијама,
- употребу различитих скала или субскала за процену.

Пре процене свеукупног развоја пожељно је да се уради процена функционалног вида, како би се, ако постоји потреба, адаптирао тестовни материјал (Vučinić, 2014). Након прикупљених података може се приступити креирању рехабилитационог програма за дете са оштећењем вида уз препоруке о прилагођавању околине, материјала, начина рада.

Дете без оштећења вида лако понавља активности одраслог, имитира и уочава однос узрок-последица, док је слепом детету неопходна помоћ одрасле особе да оствари

везу са светом и усвоји начине истраживања и упознавања околине (McInnes & Treffry, 1994). У рехабилитацији слабовиде деце најчешће се користе различити програми за визуелни тренинг и визуелну стимулацију од најранијег доба. Програми за стимулацију и визуелни тренинг који се најчешће користе су: Програм визуелног тренинга Натали Бараге (Barraga, 1977, према Fazzi et al., 2005), Програм визуомоторичког тренинга према Сабadiniју (Sabbadini, 1986, према Fazzi et al., 2005), Сонксенов програм за визуелни развој (Sonksen et al., 1991, према Fazzi et al., 2005) и Програм визуелне рехабилитације Лее Хјуваринен (Huvarinen, 1988, према Fazzi et al., 2005). Захваљујући овим програмима функционални вид и визуелно функционисање се унапређују, спречавају се секундарна оштећења и редукују последице оштећења вида на целокупни развој (Fazzi et al., 2005). Визуелне стимулације се могу дефинисати као буђење визуелне свести детета употребом различитих визуелних надражаја (Alimović, 2013), док визуелни тренинг подразумева развијање функционалног вида кроз различите активности (Michael & Paul, 1990). Оба сегмента чине битан део рехабилитације деце са оштећењем вида. Све активности које се планирају треба да буду усклађене са узрастом и функционисањем детета, да се одвијају кроз игру и да укључују проблеме и задатке које дете може са успехом да реши како би било мотивисано (McInnes & Treffry, 1994). Најчешће се у стимулацији и раду са дететом са оштећењем вида користе играчке јаког контраста, слике већег формата или тактилни прикази како би дете било мотивисано на претраживање понуђеног материјала (Chen, 2014). Циљ употребе различитих средстава јесте да се код детета пробуди радозналост и охрабри за учешће у игри, свакодневним активностима или кретање.

Деца са перинаталним оштећењем мозга која се у раном периоду укључују у програм визуелних стимулација касније постижу добре резултате у области визуелног функционисања (Alimović, 2013, према Vučinić i sar., 2019). Последњих деценија је јако мали број деце која су рођена слепа без додатних тешкоћа, углавном се ради о вишеструко ометеној деци (de Verdier et al., 2019), те је неопходно то узети у обзир приликом планирања рада. Потреба за раном интервенцијом код деце која поред оштећења вида имају и неко додатно оштећење као што је, на пример, оштећење слуха, је још већа. Оба чула свакако утичу на когнитивни развој, социоемоционални развој и комуникацију, па се препоручује што ранија идентификација и укључивање у третман (Michael & Paul, 1990).

Истраживања о раној интервенцији показују да је посета терапеута бар једном недељно у трајању од једног сата уобичајена пракса у Сједињеним Америчким Државама, али и другим земљама (Chen, 2014). Један од позитивних примера јесте и рад у шведским центрима који деци са оштећењем вида обезбеђују третмане визуелне стимулације, тренинг оријентације и мобилности, прописују помагала или асистивну технологију коју дете може користити, а поред тога пружају константну подршку родитељима. Уколико дете има неко додатно оштећење, укључују се стручњаци који препоручују укључивање у остале видова третмана (de Verdier et al., 2019).

Студије показују да рана интервенција позитивно доприноси развоју моторичких вештина код деце са оштећењем вида (Ferrell et al., 1990, према Chen, 2001). Истраживање Алимовић (Alimović, 2013) спроведено за потребе израде докторске дисертације показало је да деца млађа од дванаест месеци укључена у програм визуелне стимулације при наредној процени видних функција и функционалног вида показују боље резултате. Најбољи резултати постигнути су у домену визуелне пажње, визуелног праћења и стабилности фиксације. Истраживањем које је обухватило узорак од 100 беба са оштећењем вида старости између месец дана и 27 месеци, Алимовић и сарадници (2013) су дошли до закључка да постоји позитиван утицај свакодневне визуелне стимулације спроведене уз учешће родитеља и рехабилитатора. Првом проценом је констатовано да код ове деце постоје тешкоће у подручју визуелне пажње, претраживања и лоцирања предмета. Након спровођења визуелне стимулације у просечном трајању од 15,4 месеци, код великог броја деце је дошло до побољшања у наведеним подручјима, док се погоршање код неке деце јавило услед хроничних стања или епилептичних напада, односно због погоршања општег здравственог стања.

Фрајберг (Fraiberg, 1971) је праћењем слепих беба без додатних оштећења утврдила значај раног деловања на развој детета уз учешће родитеља. Један од примера била је девојчица стара десет месеци, слепа, само са реакцијом на светлост. Фрајберг наводи да је било тешко урадити процену јер је беба спавала 22 од 24 сата, уз то није препознавала своје руке, тешко је одизала главу од подлоге при чему је мајка окарактерисала као „веома мирну“. Захваљујући обуци мајке како да иницира контакт и подстиче своје дете на активност као и интензивном раду терапеута, након три године девојчица је показала

значајан напредак у развоју. Лонгитудинална студија спроведена на узорку од десеторо конгенитално следе деце и њихових породица, такозвани „Билфелд пројекат“, имала је за циљ проверу корисности програма након пет година трајања. Програм је подразумевао одласке терапеута у породицу, при чему је режим посета зависио од узраста детета. Од прве до треће године детета, посете су обављане на 14 дана у трајању два до три сата, а након треће године живота на сваке четири недеље (Brambling, 1993, према Brambling et al., 1996). Породица је била у центру и све препоруке су јој биле прилагођене, тако да су родитељи могли да их реализују у оквиру дневних рутина. У циљу евалуације програма спроведена је процена развојног нивоа деце пре и након пројекта, као и процена емотивне респонзивности мајке. Утврђено је да респонзивније мајке које показују више позитивних емоција према деци подстичу дејчи развој и учење, као и да програм ране интервенције има позитивне ефекте на развој превремено рођене следе деце. Деца са оштећењем вида, без других развојних тешкоћа, чије су мајке чешће иницирале комуникацију, одговарале на захтеве и потребе детета, подстицале окретање детета на звук и стално именовале објекте, брже су напредовала у развоју од деце чије су мајке ређе остваривале контакт са њима (Dote-Kwan, 1995, према Chen, 2001). Код већине деце са кортикалним оштећењем вида, у првих годину до две након дијагностиковања, долази до побољшања у неким сегментима развоја или у визуелном функционисању захваљујући укључивању у индивидуално прилагођен третман у раним годинама живота (Alimović, 2013; Malkowicz et al., 2006, према Vučinić i sar., 2019). Истраживање спроведено на узорку од 50 деце са кортикалним оштећењем вида старости између годину и три године укључене у третман два до три пута недељно показало је побољшање у оштрини вида, визуелној пажњи и сакадама (Fazzi et al., 2005).

Тренутно расположење, упорност и склоност ка повлачењу имају утицај на визуелни тренинг и обављање различитих активности (Dote-Kwan & Chen, 2010, према Chen, 2014). Деца са нижим степеном оштећења вида углавном су упорнија, мотивисанија да обављају задатке који укључују вид и испољавају више позитивних емоција од деце која имају умерено или теже оштећење вида. Сходно томе, деца са тежим оштећењем вида у непознатим околностима су склона повлачењу и изражавању негативних емоција. Стручњаци у тиму за рану интервенцију морају подстаћи и научити родитеље како да



препознају сигнале код детета, прилагоде активности тако да оно ужива у њима и обезбеде околину тако да се осећа сигурно и пријатно.

### **1.3. ЗАДОВОЉСТВО РОДИТЕЉА РАНОМ ИНТЕРВЕНЦИЈОМ**

#### **1.3.1. Родитељи у процесу ране интервенције**

Родитељство само по себи носи велики стрес, бриге о финансијама, самосталности, будућем социјалном животу, а тај стрес се повећава када се ради о родитељима деце са сметњама у развоју (Salisbury, 1987, према Calhoun et al., 1989). Родитељи детета са сметњом у развоју могу имати нешто ниже самопоуздање и доживљај компетентности у односу на родитеље детета типичног развоја (Trivette & Dunst, 2004, према Bailey et al., 2006). Свакодневни притисак и бриге око одгајања детета са ометеношћу могу да наруше квалитет живота породице (Bailey et al., 2006). У неким случајевима, депресија и негативна осећања онемогућују родитеља да брине о свом детету на адекватан начин и то може довести до негативних исхода (Goodman & Gottlieb, 2002; Hernandez Reif et al., 2000; Jones et al., 2000, према Bailey et al., 2006). Доживљај компетентности родитеља значајно утиче на позитивно родитељство, али и на развој детета (Ngai et al., 2007, према Milić Babić, 2013). Родитељска компетентност у породицама са децом са сметњама у развоју још увек није довољно истражена за разлику од родитељског стреса (Dempsey et al., 2009, према Milić Babić, 2013), али је њен утицај на развој детета неоспоран. Сперлинг и Мовдер (Sperling & Mowder, 2006, према Milić Babić, 2013) наводе да је доживљај ефикасности у родитељској улози повезан са бригом о детету. Родитељи који себе сматрају компетентнима и који су задовољни својом родитељском улогом адекватније одговарају на потребе детета и према њему се односе позитивно, независно од његовог стања (Milić Babić, 2013). Подршка од стране социјалне средине родитељима деце са сметњама у развоју је веома битна, јер пружа осећај сигурности, подстиче оптимизам и омогућава им да се лакше носе са свакодневним активностима у бризи о деци (Leutar & Raić, 2002, према Milić Babić, 2013). Такође, битан је и контакт са другим родитељима деце са сметњама у развоју са којима могу да размењују искуства, знања и информације везане за старање о деци и рад са њима. Истраживање Шрајбера и сарадника (Schreiber et al., 2011)

потврђује ову чињеницу јер се родитељи деце са сметњама у развоју изјашњавају како им је потребно да се повежу са другим родитељима који се налазе у сличним или истим ситуацијама, као и да им највише значе искуства и информације које добијају од других породица. Програмима интервенције који су усмерени на оснаживање родитеља подиже се ниво личне компетентности родитеља (Ljubičić, 1998, према Milić Babić, 2013). Пружање подршке родитељима да се суоче са различитим изазовима и усмере се на рад са дететом има много већи значај за дечји развој од директног пружања услуга детету (Bailey et al., 2006). Пројекат Ериксона и сарадника (Erickson et al., 1992, према Brooks-Gunn et al., 2000) којим је обухваћено испитивање развоја везе родитељ-дете, показао је да мајке које су укључене у програм пружања подршке показују мање симптома анксиозности и депресије од мајки из контролне групе.

Када сазнају да дете има оштећење вида, родитељима је потребна подршка како би разумели природу проблема. Саопштење лекара да је дете „слепо“ они схватају као коначну и дефинитивну дијагнозу не знајући да су тим термином обухваћени различити нивои оштећења вида (Chen, 2001). Неопходно је радити са родитељима, пружити им подршку и у виду психотерапије како би период прихватања проблема протекао без последица (Fraiberg, 1971). Охрабривање и подстицање детета од стране родитеља и постојање респонзивног интерактивног модела родитељства се последњих 25 година показало као веома значајно у раној интервенцији (Affleck et al., 1982; Marfo, 1988, према Dunst, 2010). Неповољне промене у породици укључују и финансијске тешкоће, поготово када се ради о детету са вишеструким сметњама чије стање често захтева да један од родитеља напусти посао (Pogrund & Fazzi, 2002). Родитељи пролазе кроз специфичан круг осећања који је веома сличан фазама туговања (Cohen, 1992, према Pogrund & Fazzi, 2002) и обухвата осећања шока, одбијања, кривице, депресије и слично. Сви чланови породице не прихватају оштећење вида код детета на исти начин. Мајке углавном настоје да пронађу лек или укључе дете у третман, док очеви пре прихватају стање како јесте и желе да знају шта их очекује у будућности (Pogrund & Fazzi, 2002). Стање детета има утицај и на браћу и сестре, на које више није усмерена потпуна пажња па се може јавити љубомора или неразумевање. Све то отежава ситуацију родитељима детета са сметњом у развоју.

Понашање родитеља и реакције на понашање детета повезано је са током децјег развоја (Dunst, 2010). Родитељска ефикасност је максимална онда када је упознат са сигнаlima детета и намером да комуницира, и када, сходно томе, може да узврати (Kassow & Dunst, 2004, 2005, према Dunst, 2010). Учешће родитеља у свим активностима је важно зато што они најбоље познају своје дете, а уједно се све одиграва у породичном окружењу, које је најприродније за развој. Такође, рад са дететом треба да се одвија кроз свакодневне активности које су му блиске, као што је игра која се може применити без обзира на узраст. Од најранијег доба треба кренути са стимулацијом у време повијања, пресвлачења, успављивања, а затим и кроз употребу играчака, снимака, одлазака у природу и упознавања околине. Свакодневне активности кроз које дете са тешкоћама у развоју учи неће се разликовати од активности детета типичне популације (Dunst, 2010). Као најважније елементе за успех ране интервенције родитељи наводе особине терапеута, квалитет повратних информација и извештаја о програму и нези и исходима за дете (Schreiber et al., 2011).

Истраживањима је утврђено да се вокализација, осмеси и покрети следе деце као одговор одраслој особи доста разликују у односу на исте манифестације код видеће деце (Fraiberg, 1971). Сепарациона анксиозност, односно страх од одвајања од родитеља, јавља се као и код видеће деце, при крају прве године, само су реакције доста интензивније, јер дете нема визуелних информација, на пример, са ким остаје у соби и где се налази док се у потпуности не развије свест о простору. Испитивањем комуникације родитеља и следе бебе, закључено је да родитељи ретко иницирају комуникацију са својом слепом бебом, мали број наводи неке позитивне особине код детета и не препознају његове сигнале (Fraiberg, 1971). Следе бебе реагују осмехом на глас родитеља исто као што видеће бебе реагују осмехом када виде неког из породице (Fraiberg, 1971). Развој следе бебе без додатних тешкоћа тече као као и код вршњака који види само уколико је стимулисана од првих дана свог живота. Истраживањем ефеката ране интервенције која се спроводи код куће и базира на емоционалној повезаности између детета и родитеља (атачмент) током раног периода закључено је да су родитељи показали већу респонзивност према свом детету, задовољство у комуникацији, чешће учествовали у активностима и били осетљивији на његово понашање (Affleck et al., 1980, према Affleck et al., 1982). Програм је

био базиран на кућним посетама, где су терапеути пружали родитељима подршку, промовисали позитиван модел родитељства и подстицали их на интеракцију. Код деце са оштећењем слуха био је приметан напредак у когнитивном, социоемоционалном развоју као и у комуникацији у породицама које су биле респозивније и пружале подршку својој деци (Meadow-Orlans et al., 2003).

Истраживање којим је обухваћено 15 породица деце са сметњама у развоју показало је да родитељима није лако доношење одлуке о укључивању детета у програм, јер на тај начин постају свесни да постоји проблем и истовремено га прихватају (Calhoun et al., 1989). Укључивање у програм ране интервенције за родитеље представља велики стрес јер, „дете је превише мало“, „ако неко други мора да ради са мојим дететом, онда нисам добар родитељ“, „не желим да се одвајам од детета ни на пар сати“ (Calhoun et al., 1989). Иако пролазе кроз тешке тренутке, програм ране интервенције родитељима доноси многе бенефите као што су: више слободног времена, вођење природнијег породичног живота, осећај компетентности за рад са својим дететом као и емоционално олакшање јер са неким могу да поделе своје проблеме и добију савете (Calhoun et al., 1989). Рад са родитељима подразумева да се остварује веза са њима, стручњаци треба да их саслушају и пробају да нађу одговоре на њихове бриге и приоритете. Поред тога, важно је изградити информациони систем подршке и помоћи породици и обезбедити комуникацију са заједницом (Bailey, 1994; Dunst et al., 1994, према Bailey, 2001). Иако се потенцира приступ „родитељи као учитељи“, њима је често потребна помоћ да то остваре (Mahoney et al., 1998, према Bailey, 2001). Породице деце са сметњама у развоју често имају проблем да пронађу адекватан вртић или боравак за своје дете, поготово када се ради о деци са вишеструком ометеношћу или оној која имају сталну терапију лековима (Booth-LaForce & Kelly, 2004, према Bailey et al., 2006). Многа истраживања су показала да родитељи следе деце са аутизмом доживљавају значајно већи стрес него родитељи деце са неким другим сметњама, као и да им је потребна учесталија и интензивнија подршка (Tregnago & Cheak-Zamora, 2012, према de Verdier et al., 2019).

Сервиси ране интервенције имају задатак да унапреде и побољшају капацитете, компетенције и самопоуздање код родитеља, да се ослањају на снаге оба родитеља и детета (Dunst, 2002, према Chen, 2014). Родитеље треба обучавати техникама којима могу

да унапреде интеракцију са својим дететом и да на тај начин боље разумеју његово понашање и потребе (Guralnick, 1997, према Cvijetić, 2016).

### **1.3.2. Задовољство родитеља деце са сметњама у развоју услугама ране интервенције – преглед истраживања**

Задовољство родитеља раном интервенцијом је тешко мерити, јер они и поред најбољих услуга, и даље имају одређене недоумице и бриге. Мишљење родитеља који су директно укључени у процес рада доприноси унапређењу и побољшању програма ране интервенције (McNaughton, 1994). Задовољство услугама ране интервенције зависи од очекивања родитеља, нижа очекивања претпостављају већи степен задовољства и обрнуто (Meyers & Blacher, 1987, према McNaughton, 1994). Чест је случај да родитељи долазе из мањих средина у веће градове како би дете могло да се укључи у третман. Оно што се истиче као значајно јесте да се и култури којој породица припада мора придавати значај како би се обезбедио најбољи могући приступ (Pogrud & Fazzi, 2002). Испитивање које је спроведено у Индији обухватило је више сеоских средина и имало је за циљ да прикаже које су највеће препреке у спровођењу ране интервенције. Резултати су показали да у сеоским срединама стручњацима недостају вештине и знање за рад са децом са сметњама у развоју, као и потребни ресурси. Поред тога, родитељи су често у лошој финансијској ситуацији, касније прихватају дијагнозу и стање детета, и дуго се држе веровања и митова везаних за инвалидитет детета (George et al., 2014). То све заједно води касном укључивању детета, или у неким случајевима, неукључивању у програм интервенције при чему је дете онемогућено да се оптимално развија. Истраживање спроведено у Женеви 2002. године имало је за циљ да прикаже задовољство родитеља деце са сметњама у развоју услугама ране интервенције (Favez et al., 2008). Узорак је чинило 65 породица од којих је 30% имало приступ сервису ране интервенције скоро десет година, а које су у периоду од јануара 1991. и децембра 2002. године биле укључене у Женевски сервис ране интервенције (The Geneva Early Intervention Service). Упитником је обухваћено седам области: аспекти интервенције усмерени на дете, приступ сервису, партнерство, разматрање проблема, доношење одлука, пружање подршке и организација. Резултати су показали висок ниво општег задовољства услугама ране интервенције, при чему су

родитељи деце са сензо-моторичким и тешкоћама у менталном развоју позитивније оценили услуге од родитеља деце са проблемима у понашању. Неки од негативних коментара родитеља били су: сувише кратко трајање услуге, интервенција не утиче на дете довољно, немогуће самостално доношење одлука; док су се међу позитивним нашли коментари везани за дететов успех и напредак, пружање подршке целој породици и помоћ у превазилажењу процеса туге и прихватања проблема. Студија која је обухватила родитеље деце са оштећењем слуха имала је за циљ процену нивоа њиховог задовољства услугама сервиса ране интервенције (Young et al., 2010). Упитник „Моји погледи на сервисе“ (My Views On Services – MVOS) садржао је четири области: процену доступности сервиса и благовременог пружања услуга, процену интервенције према квалитету и значају, процену ангажовања стручњака и опште задовољство раном интервенцијом. Узорак су чиниле 82 породице чија су деца имала оштећење слуха од тешког до лаког. Поред генералног задовољства програмом, родитељи су све компоненте ране интервенције означили као веома важне без обзира на време укључености у програм, а статистички значајне разлике добијене су само на ајтемима који се односе на благовременост пружања подршке глувом детету и њима, где су као важнији вид навели подршку детету. Истраживање у коме су узорак чиниле 112 породица деце са моторичким сметњама узраста до девет година имало је за циљ да утврди ниво задовољства родитеља услугама раног интервентног програма у коме је породица у центру (Ziviani et al., 2011). Родитељи су поред упитника који се односио на социодемографске податке попуњавали и *Европску скалу родитељског задовољства раном интервенцијом* (The European Parent Satisfaction Scale about Early Intervention, EPASSEI; Lanners & Mombaerts, 2000), *Скалу функционалне независности детета* (Functional Independence Measure for Children, WeeFIM, World Health Organization, 1987), *Скалу процене процеса неге детета* (Measure of Processes of Care, MPOC20, King et al., 2004a).

Резултати су показали високо задовољство родитеља услугама ране интервенције, при чему је уочена позитивна повезаност између перцепције родитеља и њиховог задовољства, али није уочена веза између социодемографских карактеристика породице и нивоа сметње код детета. Резултати процене задовољства родитеља деце са оштећењем вида и вишеструким сметњама у Грчкој показали су да постоји висок ниво задовољства

услугама у свим доменима као што су: респонзивност стручњака, вештине у раду са дететом, разумевање проблема, употреба ресурса из социјалне средине и пружање подршке кроз систем ране интервенције (Konstantina et al., 2014). Карактеристике детета попут степена оштећења вида, као и социодемографске варијабле нису биле повезане са степеном задовољства код родитеља. Подршка и третман у кућним условима доприносе психосоцијалним аспектима живота породице и задовољству мајке, поред неоспорних позитивних ефеката на дете (Jessop & Stein, 1991, према King et al., 2008). Комуникација са родитељима треба да буде разумљива, опис програма концизан, јер родитеље могу да збуне питања која се односе на пројекцију циљева за дете. Родитељи често не могу да дефинишу шта желе за своје дете и породицу уколико не знају шта се програмом нуди (Bailey & Blasco, 1990, према McNaughton, 1994). Резултати истраживања које су спровели Шрајбер и сарадници (Schreiber et al., 2011) показали су да задовољство родитеља програмом и услугама ране интервенције умањује непостојање адекватне замене за водитеља случаја када он није у могућности да долази. Као битне особине код терапеута препознају мотивисаност за рад, способност и вољу да саслушају њихове потребе и разумевање детета. Истраживање на узорку од 436 родитеља из Канаде, показало је да су задовољни радом центара и услугама које добијају, али да им упадљиво смета недостатак информација које се односе на проналажење ресурса, комуникацију са другим родитељима и будућа очекивања везана за стање детета (King et al., 1998). Као и у претходним студијама, социодемографске одлике породице и детета не утичу на задовољство услугама ране интервенције, док највећи утицај има начин на који се услуге пружају и приступи који се користе, као и време када је дете укључено у програм (Ziviani et al., 2011). Национални пројекат за родитеље (National Parent Project) спроведен 2003. године у Уједињеним Нацијама имао је за циљ да утврди задовољство родитеља деце са оштећеним слухом услугама ране интервенције и стручњацима (Meadow-Orlans et al., 2003). Пројекат је показао да су родитељи деце са оштећењем слуха задовољни услугама, али да се посебна пажња мора посветити деци код које је сметња касније дијагностикована. Досадашња истраживања показују да су родитељи задовољни стручном подршком као и подршком коју добијају од родитеља који такође имају децу са сметњама у развоју (Chen et al., 1990; Chen & Haney, 1999; Fraiberg, 1977; Klein et al., 1988, све према

Chen, 2001). Родитељи деце са оштећењем вида и додатним сметњама наводе да се често осећају фрустрирано када тим чини велики број стручњака из различитих дисциплина, поготово када се свако фокусира на сметње и немогућности детета, а не на његове снаге (Giangreco et al., 1991, према Chen, 2001).

Ниво родитељског задовољства указује на неопходност и значај њиховог учешћа у процесу ране интервенције (Konstantina et al., 2014; Law et al., 2003, према Ziviani et al., 2011). Родитељи деце са сметњама у развоју исказују већи степен задовољства када су укључени у програм у коме је породица у центру интервенције, јер ови програми доприносе унапређењу родитељских вештина, развијању компетенција, самопоуздања, а уједно имају ефекат на ментално здравље мајке и на квалитет односа између родитеља и детета (Brooks-Gunn et al., 2000).

## **Проблем истраживања**

Уочено је да нема истраживања на ову тему спроведених на нашем подручју. Рана интервенција деце са оштећењем вида и деце са оштећењем слуха се спроводи на различите начине, у различитим установама, па уочене разлике и мишљења родитеља који су укључени у програме могу допринети унапређењу праксе.

Основни проблем истраживања јесте испитивање задовољства родитеља деце са оштећењем вида и деце са оштећењем слуха услугама ране интервенције. Ниво задовољства родитеља програмом и третманима указује, између осталог, на ефикасност интервенције и стручност тима са којим се сарађује. Неопходно је узети у обзир време постављања дијагнозе и укључења у програм ране интервенције, а затим и место живљења, доступност сервиса, учесталост и трајање третмана, ангажовање родитеља у смислу додатних обука, едукација и слично.

## **Циљеви и задаци истраживања**



На основу проблема истраживања, дефинисани су следећи циљеви:

- Утврдити ниво задовољства родитеља деце са оштећењем вида и деце са оштећењем слуха услугама ране интервенције.

*Специфични циљеви истраживања:*

- Утврдити да ли постоје разлике у дефинишућим елементима ране интервенције за децу са оштећењем вида и за децу са оштећењем слуха.
- Утврдити да ли постоје разлике у вредновању услуга ране интервенције и у самоефикасности између родитеља деце са оштећењем вида и деце са оштећењем слуха.

*Задаци истраживања:*

- Прикупити опште податке о испитаницима (старост, брачно стање, образовање, професија родитеља, узраст детета, дијагноза).
- Испитати задовољство родитеља деце са оштећењем вида и деце са оштећењем слуха односом стручњака према њима.
- Испитати да ли постоје разлике између родитеља деце са оштећењем вида и родитеља деце са оштећењем слуха у односу на задовољство услугама ране интервенције.
- Испитати емотивно стање и вештине родитеља деце са оштећењем вида и деце са оштећењем слуха укључених у процес ране интервенције.
- Испитати уверења родитеља деце са оштећењем вида и деце са оштећењем слуха о бенефитима ране интервенције.
- Испитати шта су приоритетне активности за унапређење ране интервенције.

## **2. МЕТОДОЛОГИЈА**

### **2.1. Варијабле истраживања**

Независне варијабле су:

1. Варијабле које се односе на опште податке:

- године родитеља
- брачно стање
- професија
- ниво образовања
- место живљења

2. Варијабле које се односе на податке о детету

- тип оштећења
- оштрина вида или степен слуха
- области додатних тешкоћа
- узраст на коме се јавила сумња на постојање проблема
- узраст на коме је дијагностикована сметња

Зависне варијабле су:

1. Варијабле које се односе на третман

- укљученост у третман
- укљученост у третман у последњих 60 дана
- узраст на коме је дете почело да добија услуге
- колико често се добијају услуге
- пружање услуга код куће
- пружање услуга у предшколској установи
- где се родитељ налази у току третмана

2. однос са стручњацима

3. самоефикасност родитеља

4. унапређење праксе ране интервенције

## 2.2. Инструменти истраживања

За прикупљање података коришћен је део питања из *Скале за вредновање услуга добијених у програму ране интервенције* (Measure of Processes of Care for Service Providers – MPOC-SP, Siebes et al., 2008) и Упитника за родитеље чији су аутори Хикс Смол и сарадници (Nix Small i sar., 2018). Он је коришћен у пилот истраживању “Развој услуга везаних за ране интервенције у раном детињству: шансе и изазови“, који је реализован у организацији УНИЦЕФ-а и Фонда за отворено друштво. Први део Упитника садржи питања која се односе на опште податке међу којима су: старост родитеља, брачни статус, професија, ниво образовања и место живљења. Даље се налазе питања везана за узраст детета, ниво оштећења, области у којима дете има додатне тешкоће, узраст детета када се појавила прва сумња да постоји проблем, и узраст када је дијагностикована сметња уз то где и ко је поставио дијагнозу. Следећа група питања односи се на укљученост у неку врсту третмана, колика је учесталост и трајање, да ли се услуге добијају код куће и у предшколској установи, као и где се родитељ налази за време пружања услуга. Испитаник бира један или више понуђених одговора, док неке одговоре може сам да допише попут места живљења, професије и дијагнозе. *Скала за вредновање услуга добијених у програму ране интервенције* садржи 22 питања на која испитник даје одговор на петостепеној скали Ликертовог тиша: 1 – никад, 2 – ретко, 3 – понекад, 4 – углавном, 5 – увек. Ајтеми су подељени у две целине: прва обухвата тврдње за процену односа са стручњацима, док друга садржи оне које се односе на самоефикасност родитеља.

Други део Упитника садржи питања која се односе на место пружања услуга, похађање обука и семинара, и предлоге за унапређење праксе ране интервенције уз навођење приоритетних активности које томе доприносе. Ова питања захтевају описне одговоре, а на крају упитника родитељ може изнети личне ставове или коментаре о програму ране интервенције у нашој земљи.

## 2.3. Опис узорка

Узорком су обухваћена 44 родитеља, од чега су 22 родитељи деце са оштећењем вида и 22 деце са оштећењем слуха из различитих градова Србије. Испитаници су оба пола, старости од 21 до 48 година ( $AS=37,11$ ).

У Табели 1 приказана је дистрибуција испитаника према демографским варијаблама. У односу на старост, највећи број испитаника припада групи старости од 31 до 40 година ( $N=21$ ; 47,7%). Када је у питању брачни статус испитаника, већина испитаника ( $N=40$ ; 90,9%) живи у брачној заједници. Циљна група истраживања су родитељи деце са сметњама у развоју, али мали број испитаника ( $N=3$ ; 6,8%) наводи да нема дете са развојном сметњом, што се може објаснити непривичањем проблема или неразумевањем самог појма. Многи термин „развојне сметње“ везују само за тешкоће у когнитивном домену, тако да можемо претпоставити да су одговори повезани са оваквим ставом. У односу на ниво образовања, најбројнији су испитаници са завршеним факултетом ( $N=19$ ; 43,2%). Највећи проценат испитаника (25%) бави се професијама из области образовања, као што су наставници, професори, учитељи и васпитачи, затим из области туризма и угоститељства попут куvara, хотелијера, туризмолога и из области економије (18,2%; 18,2%). Испитаници који живе у граду су најбројнији ( $N=38$ ; 86,4%) и углавном су из Београда.

**Табела 1**

*Дистрибуција испитаника према демографским варијаблама*

	N	%		N	%
<b>Старосна категорија</b>			<b>Брачни статус</b>		
Од 20 до 30 година	12	27,3	У браку	40	90,9
Од 31 до 40 година	21	47,7	Разведени	3	6,8
Од 41 до 50 година	11	25	Самци	1	2,3
<b>Дете са развојном сметњом</b>			<b>Место живљења</b>		
Имају	41	93,2	Град	38	86,4
Немају	3	6,8	Село	6	13,6
<b>Ниво образовања</b>					
Основна школа	2	4,5			
Средња школа	14	31,8			
Виша школа	9	20,5			
Факултет	19	43,2			

### 2.3.1. Независне варијабле повезане са развојном сметњом детета

На основу података приказаних у Табели 2 можемо да закључимо да у две старосне групе има приближно исти број деце (N=20; N=24). Деца са оштећењем вида и слуха груписана су према степену оштећења на: тешко оштећење (N=30; 68,2%) (деца са потпуним губитком вида услед ретинопатије, високим степеном слабовидости, потпуним или тешким губитком слуха, и тешком наглувошћу) и лако оштећење (N=7; 15,9%) где се убрајају лакши типови наглувости и глувоће и оштећења вида услед страбизма, амблиопије, катаракте и рефракционих аномалија. Посебну групу чине деца код које степен оштећења још увек није утврђен или родитељи немају ту информацију (N=7; 15,9%). Код највећег броја деце сметња је дијагностикована пре навршене прве године живота (N=26; 59,1%) док су скоро сва деца укључена у неку врсту третмана (N=43; 97,7%). Услуге ране интервенције мали број породица добија код куће (N=13; 29,5%), док остали (N=31; 70,5%) услуге добијају у одређеним центрима за рехабилитацију, домовима здравља или приватним ординацијама. У току пружања услуга, 70,5% (N=31) родитеља се налази у просторији са стручњаком и посматра шта он ради са дететом или ради заједно са њим, док се 29,5% (N=13) налази ван просторије и чека да стручњак заврши.

**Табела 2**

*Варијабле везане за сметњу у развоју и неке елементе третмана*

	N	%		N	%
<b>Старосна категорија деце</b>			<b>Тип оштећења</b>		
Од 0 до 3 године	20	45,5	Деца са оштећењем вида	22	50
Од 3 до 6 година	24	54,5	Деца са оштећењем слуха	22	50
<b>Укљученост у третман</b>			<b>Када су уочене прве тешкоће</b>		
да	43	97,7	Пре навршене прве године	32	72,7
не	1	2,3	Између прве и треће године	10	22,7
			Између треће и шесте године	2	4,5
<b>Ниво оштећења</b>			<b>Време дијагностиковања</b>		
Тешко	30	68,2	Пре 1 године живота	26	59,1
Лако	7	15,9	Између прве и треће	11	25,00

Још увек није утврђено	7	15,9	Између треће и шесте	7	13,6
Учесталост третмана			Присуство родитеља у току третмана		
Мање од једном недељно	6	15,00	да	31	70,5
Једном недељно	10	25,00	не	13	29,5
Два пута недељно	6	15,00			
Три или више пута	18	45,00			
Пружање услуга код куће			Области у којима дете има додатне тешкоће		
да	13	29,5	комуникација	2	4,5
не	31	70,5	груба моторика	14	31,8
			фина моторика	9	20,5
			понашање	19	43,2
			храњење	2	4,5
			саморегулација	2	4,5
			социјалне и емоционалне тешкоће	1	2,3
			вишеструке тешкоће	6	13,6

## 2.4. Ток истраживања

Истраживање је спроведено у периоду од фебруара до априла 2020. године. Сви подаци су добијани директно од испитаника, односно родитеља деце са оштећењем вида и деце са оштећењем слуха. Родитељи су контактирани преко Удружења родитеља за децу са оштећењем слуха и тифлолога из Школе за децу оштећеног вида „Вељко Рамадановић“ у Земуну. Испитаници су попуњавали онлајн форму упитника преко Гугл платформе (Google Forms).

## 2.5. Статистичка обрада података

За обраду података коришћена је дескриптивна статистика (аритметичка средина и стандардна девијација). За анализу односа независних варијабли и скорова у појединачним областима коришћена је униваријантна анализа варијансе (ANOVA). Повезаност међу доменима испитана је помоћу Пирсоновог коефицијента корелације.

### 3. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

#### 3.1. Однос са стручњацима

На задовољство родитеља услугама ране интервенције у великој мери утиче однос са стручњацима, тако да смо коришћењем сета питања проценили искуства родитеља деце са оштећењем слуха и деце са оштећењем вида код нас. Родитељи су давали одговоре на петостепеној скали Ликертовог типа, у распону од „никад“ до „увек“. Просечне вредности крећу се у распону од 3,00 до 4,73, док се вредности стандардне девијације крећу у распону од 0,54 до 1,61. Посматрајући просечне вредности скорова, могу се уочити највеће вредности на ајтему којим се процењује сарадња са стручњацима која родитељима олакшава доношење одлука ( $AS=4,73$ ), као и на ајтему којим се оцењује успешност стручњака да препознају и вреднују добре ствари које родитељ ради ( $AS=4,57$ ). Најниже просечне вредности скорова добијене су на ајтему који се односи на осетљивост стручњака да одговоре на захтеве родитеља као и да пружају савете ( $AS=3,00$ ), и ајтему који се односи на подстицање родитеља да учествује у набавци неопходних ресурса попут лекова, помагала или обезбеђивању других врста подршке ( $AS=3,70$ ). Родитељи су нешто лошије оценили способност стручњака да се прилагођавају различитим променама у породици ( $AS=3,80$ ) као и испуњавање обећања од стране стручњака везаних за даљи рад или остварење одређених циљева ( $AS=3,93$ ). Високе просечне вредности уз приближно сличне вредности одступања добијене су на тврдњама које се односе на доступност информација од стране стручњака ( $AS=4,34$ ;  $SD=0,94$ ), комуникацију ( $AS=4,32$ ;  $SD=0,93$ ), и сарадњу која омогућава лакше постављање циљева, планирање интервенција и организовање третмана ( $AS=4,30$ ;  $SD=0,85$ ).

#### Табела 3

*Основни дескриптивни показатељи родитељског сагледавања односа са стручњацима*

Однос са стручњацима		N	%	AS	SD
Стручњаци пажљиво слушају када им говорим шта ме забрињава код детета.	никад	/	/	4,32	0,93
	ретко	2	4,5		
	понекад	8	18,2		
	углавном	8	18,2		
	увек	26	59,1		
Стручњаци ми пружају информације које су ми неопходне да изаберем циљеве за своје дете.	никад	1	2,3	4,34	0,94
	ретко	1	2,3		
	понекад	5	11,4		
	углавном	12	27,3		
	увек	25	56,8		
Радо сарађујем са стручњацима, јер ми то помаже у доношењу одлука како ћу да радим са својим дететом у породичном окружењу	никад	/	/	4,73	0,54
	ретко	/	/		
	понекад	2	4,5		
	углавном	8	18,2		
	увек	34	77,3		
Стручњаци су осетљиви на моје захтеве када ми треба савет или помоћ	никад	13	29,5	3,00	1,61
	ретко	6	13,6		
	понекад	4	9,1		
	углавном	10	22,7		
	увек	11	25		
У сарадњи са стручњацима могу лако да одлучим које резултате / циљеве желим да постигне моје дете и које активности да увежабавамо у кући	никад	/	/	4,30	0,85
	ретко	1	2,3		
	понекад	8	18,2		
	углавном	12	27,3		
	увек	23	52,3		
Стручњаци имају резумевања за моје дете и породичну ситуацију	никад	1	2,3	4,23	1,05
	ретко	3	6,8		
	понекад	5	11,4		
	углавном	11	25		
	увек	24	54,5		
Стручњаци ме подстичу да учествујем у прибављању неопходних ресурса (помагала, лекова) и подршке.	никад	4	9,1	3,70	1,30
	ретко	3	6,8		
	понекад	12	27,3		
	углавном	8	18,2		
	увек	17	38,6		
Стручњаци умеју да препознају снаге моје деце и породице	никад	/	/	4,09	0,94
	ретко	3	6,8		
	понекад	8	18,2		
	углавном	15	34,1		
	увек	18	40,9		
Стручњаци се понашају флексибилно када	никад	5	11,4	3,80	1,36



дође до промене моје породичне ситуације.	ретко	3	6,8		
	понекад	6	13,6		
	углавном	12	27,3		
	увек	18	40,9		
Стручњаци испуњавају оно што обећају	никад	1	2,3	3,93	1,04
	ретко	3	6,8		
	понекад	10	22,7		
	углавном	14	31,8		
	увек	16	36,4		
Стручњаци препознају и вреднују добре ствари које радим као мајка / отац	никад	/	/	4,57	0,66
	ретко	/	/		
	понекад	4	9,1		
	углавном	11	25		
	увек	29	65,9		
Стручњаци ме подржавају када треба да донесем неку одлуку	никад	1	2,3	4,25	0,97
	ретко	1	2,3		
	понекад	7	15,9		
	углавном	12	27,3		
	увек	23	52,3		

### 3.2. Самоефикасност родитеља

Други део скале садржи ајтеме којима се процењује самоефикасност родитеља деце са оштећењем вида и оштећењем слуха. Поред самоефикасности, део скале садржи ајтеме који се односе на процену анксиозности родитеља. Један од задатака истраживања се односио на испитивање емоционалног стања и вештина родитеља деце са оштећењем вида и деце са оштећењем слуха укључених у програм ране интервенције, јер од тога зависи њихова мотивација за учешће у активностима ране интервенције. У делу који се односи на самоефикасност родитеља и спремност да раде са дететом, односно да постану активни учесници у третману просечне вредности скорова крећу се у распону од 2,61 до 4,70, док се вредности стандардне девијације крећу у распону од 0,63 до 1,22. Највећа просечна вредност одговора је на ајтему „*Волим да се бавим својим дететом*“ (AS=4,70), уз најнижу вредност стандардне девијације од 0,63; а затим на ајтему који се односи на способност родитеља да допринесе унапређењу развоја детета (*Верујем у своју способност да могу позитивно да утичем на развој свог детета*); (AS=4,45; SD=0,66). Најнижа

просечна вредност забележена је у одговору на тврдњу „Осећам се одбачено и изоловано од околине“ (AS=2,61), а затим на тврдњу „Осећам се мирно, спокојно и опуштено“ (AS=2,82). Просечне вредности скорова указују на преовладавање виших оцена на ајтему који се односи на способност родитеља да детету пружају могућности за стицање различитих искустава (AS=4,18; SD=1,04), а затим на ајтемима који се односе на успешно препознавање подршке која је детету потребна (AS=4,02; SD=1,05) и доношења одлука о услугама, интервенцијама или другим видовима подршке (AS=4,02; SD=1,05).

Однос између самоефикасности родитеља и задовољства раном интервенцијом проверена је употребом Пирсоновог коефицијента корелације, при чему је уочена висока повезаност као и статистички значајна разлика ( $r=0,797$ ;  $p\leq 0,000$ ).

**Табела 4**

*Основни дескриптивни показатељи самоефикасности родитеља*

4		N	%	AS	SD
Свом детету могу да пружим могућности и начине да стиче искуства која му помажу у учењу	никад	1	2,3	4,18	1,04
	ретко	3	6,8		
	понекад	5	11,4		
	углавном	13	29,5		
	увек	22	50		
Осећам се мирно, спокојно и опуштено	никад	5	11,4	2,82	1,04
	ретко	11	25		
	понекад	17	38,6		
	углавном	9	2,05		
	увек	2	4,5		
Верујем у своју способност да могу позитивно да утичем на развој свог детета	никад	/	/	4,45	0,66
	ретко	/	/		
	понекад	4	9,1		
	углавном	16	36,4		
	увек	24	54,5		
Мислим да се ствари за моју породицу одвијају у добром смеру	никад	1	2,3	3,95	0,91
	ретко	1	2,3		
	понекад	10	22,7		
	углавном	19	43,2		
	увек	13	29,5		
Осећам да владам ситуацијом када је у питању помоћ и/ или подршка коју добијам од стручњака.	никад	1	2,3	3,93	1,07
	ретко	4	9,1		
	понекад	8	18,2		

Осећам се анксиозно и забринуто	углавном	15	34,1	3,20	1,13
	увек	16	36,4		
	никад	4	9,1		
	ретко	6	13,6		
	понекад	17	38,6		
Осећам се добро што могу лако да препознам које облике подршке моје дете и породица треба да добију од стручњака.	углавном	11	25	4,02	1,05
	увек	6	13,6		
	никад	1	2,3		
	ретко	3	6,8		
	понекад	8	18,2		
У стању сам да донесим одлуке о томе које услуге или који вид подршке је неопходан мом детету	углавном	14	31,8	4,02	1,05
	увек	18	40,9		
	никад	2	4,5		
	ретко	1	2,3		
	понекад	8	18,2		
Осећам се усамљено и изоловано од околине.	углавном	16	36,4	2,61	1,22
	увек	17	38,6		
	никад	11	25		
	ретко	8	18,2		
	понекад	15	34,1		
Волим да се бавим својим дететом	углавном	7	15,9	4,70	0,63
	увек	3	6,8		
	никад	/	/		
	ретко	1	2,3		
	понекад	1	2,3		
	углавном	8	18,2		
	увек	34	77,3		

### 3.3. Унапређење праксе ране интервенције у Србији

Последња група питања у Упитнику се односи на мишљење родитеља о месту где услуге треба спроводити уз објашњење зашто, да ли је родитељ прошао неку врсту обуке, као и навођење приоритетних активности које могу да допринесу унапређењу ране интервенције у нашој земљи. Родитељи су на ова питања давали описне одговоре. Највећи број родитеља сматра да услуге ране интервенције треба спроводити у породичној кући (N=35; 79,5%), док најмање сматрају да услуге треба добијати у Дому здравља (N=2; 4,5%). Додатне обуке за рад са децом похађало је само 13 родитеља (30,2%), при чему су

то углавном биле обуке за рад са децом са оштећењем вида добијене у Школи за ученике оштећеног вида „Вељко Рамадановић“, обуке за употребу Домановог метода у раду са децом са сметњама у развоју и обуке за знаковни језик. Одговори родитеља на питање „*Које су приоритетне активности за унапређење праксе ране интервенције*“ груписани су према сличности у четири групе: прва група одговора односи се на спровођење третмана у кућним условима ( $N=12$ ; 27,3%), друга група се односи на захтев за већом учесталошћу третмана ( $N=6$ ; 13,6%), трећа на дуже трајање третмана ( $N=11$ ; 25%), а четвртој групи одговора припадају захтеви за више различитих стручњака на истом месту, више установа за процену и рад са децом, увођење нових метода рада, едукацију и саветовање родитеља ( $N=15$ ; 34,1%). Родитељи су на крају Упитника имали могућност да напишу своје искуство у процесу ране интервенције, или коментаре и сугестије. Родитељи деце са оштећењем вида изнели су низ похвала за тифлологе из Школе за ученике оштећеног вида „Вељко Рамадановић“ у Земуну, истичући да су благовремено укључени у програм ране интервенције и да је процес пружања подршке текао коректно. Већина негативних коментара усмерена је на здравствени систем због касног постављања дијагнозе, као и на елементе неумреженог функционисања здравствених и образовних институција. Родитељи деце са оштећењем слуха исказују задовољство сарадњом са сурдолозима, али наводе да је неопходно обезбедити тимски рад (логопед, сурдолог, оториноларинголог, психолог...) у установи у коју дете долази на рехабилитацију или третман.

#### **3.4. Социодемографске варијабле и скорови у области *Задовољство односом са стручњацима***

На основу резултата униваријантне анализе варијансе ( $F_{(2)}=0,303$ ;  $p=0,740$ ) закључено је да нема статистички значајне разлике у просечним скоровима у домену *Задовољства односом са стручњацима* у односу на старост испитаника. Испитаници са завршеном основном школом постигли су ниже скорове од осталих испитаника, односно показали су нижи ниво задовољства односом са стручњацима ( $AS=42,50$ ;  $SD=0,71$ ). Не постоје статистички значајне разлике у скоровима родитеља деце са оштећењем вида и родитеља деце са оштећењем слуха. Просечне вредности обе групе родитеља су

приближне, при чему су родитељи деце са оштећењем слуха однос са терапеутима оценили нешто позитивније ( $AS=48,68$ ;  $AS=49,82$ ). У односу на ниво оштећења, постоји статистички значајна разлика ( $p=0,018$ ). Разлика у просечним скоровима и статистичка значајност постоји и у односу на време дијагностиковања оштећења, при чему су родитељи деце код којих су оштећење вида или слуха дијагностиковани између прве и треће године постигли ниже просечне скорове од родитеља деце код којих је оштећење дијагностиковано пре прве или након треће године ( $AS=44,36$ ;  $p=0,000$ ). Нема статистички значајне разлике у скоровима испитаника подељеним у групе у односу на брачно стање и узраст детета.

**Табела 5**

*Социодемографске варијабле и скорови у области Задовољство односом са стручњацима*

		Однос према стручњацима				
	5	AS	SD	F(2)	p	$\eta^2$
Старосна категорија	20-30 година	50,92	9,61	0,303	0,740	0,014
	31-40 година	48,39	9,39			
	41-50 година	49,09	7,53			
		AS	SD	F(2)	p	$\eta^2$
Брачно стање	у браку	49,00	9,03	0,607	0,550	0,028
	разведен/а	49,33	7,51			
	сам/а	59,00				
		AS	SD	F(3)	p	$\eta^2$
Ниво образовања	основна школа	42,50	0,71	0,426	0,735	0,031
	средња школа	49,71	8,35			
	виша школа	48,66	9,67			
	факултет	49,89	9,53			
		AS	SD	F(1)	p	$\eta^2$
Место живљења	град	49,45	9,27	0,135	0,715	0,0031
	село	48,00	6,42			
		AS	SD	F(1)	p	$\eta^2$
Тип оштећења	оштећење вида	48,68	10,06	0,177	0,677	0,0041
	оштећење слуха	49,82	7,73			
		AS	SD	F(2)	p	$\eta^2$
Ниво оштећења	тешко	51,20	7,10	4,466	0,018	0,178
	лако	49,28	7,87			
	још увек није утврђено	40,86	12,60			
		AS	SD	F(3)	p	$\eta^2$
Време дијагностиковања	пре прве године	51,38	7,84	7,598	0,000	0,362
	између прве и	44,36	6,62			

	треће године					
	између треће и шесте године	53,50	6,09			
	није постављена дијагноза	22,00				
		<b>AS</b>	<b>SD</b>	<b>F(1)</b>	<b>p</b>	<b>η<sup>2</sup></b>
Узраст детета	од 0 до 3 године	47,70	11,10	1,119	0,296	0,026
	од 3 до 6 година	50,54	6,47			

### 3.5. Однос социодемографских варијабли и скорова у области Самоефикасност родитеља

Испитаници најмлађе старосне категорије постигли су боље просечне скорове у области *Самоефикасности* родитеља ( $AS=39,50$ ) у односу на остале две групе испитаника ( $AS=38,48$ ;  $AS=36,55$ ). Најлошије резултате показали су испитаници са завршеном основном школом ( $AS=26,50$ ) уз постојање ниске стандардне девијације ( $SD=3,53$ ) и статистички значајне разлике ( $p<0,032$ ). *Ниво образовања* има највећи утицај на самоефикасност родитеља ( $F_{(3)}= 3,246$ ;  $\eta^2=0,195$ ). Највеће просечне скорове остварују испитаници чија деца имају теже оштећење вида или слуха ( $AS=39,20$ ). Родитељи деце код којих је сметња дијагностикована између треће и шесте године показују најбоље резултате у овој области ( $AS=40,00$ ) са најнижом вредношћу стандардне девијације у тој групи испитаника ( $SD=4,19$ ). Ајтеми *Осећам се усамљено и изоловано од околине* и *Осећам се анксиозно и забринuto* утичу негативно на скорове у овој области, јер указују на присуство анксиозности и негативно емотивно стања код родитеља.

Нису уочене статистички значајне разлике у скоровима испитаника подељеним у групе у односу на брачно стање, као и тип оштећења и узраст детета.

**Табела 6**  
*Социодемографске варијабле и скорови у области Самоефикасност родитеља*

		<b>Самоефикасност</b>				
	<b>б</b>	<b>AS</b>	<b>SD</b>	<b>F(2)</b>	<b>p</b>	<b><math>\eta^2</math></b>
Старосна категорија	20-30 година	39,50	6,22	0,625	0,541	0,029
	31-40 година	38,48	6,41			
	41-50 година	36,55	6,73			
		<b>AS</b>	<b>SD</b>	<b>F(2)</b>	<b>p</b>	<b><math>\eta^2</math></b>

Брачно стање	у браку	38,50	6,55	0,286	0,753	0,013			
	разведен/а	35,66	5,03						
	сам/а	37,00	/						
		<b>AS</b>	<b>SD</b>	<b>F(3)</b>	<b>p</b>	<b>η<sup>2</sup></b>			
Ниво образовања	основна школа	26,50	3,53	3,246	<b>0,032</b>	<b>0,195</b>			
	средња школа	37,43	4,67						
	виша школа	40,44	8,11						
	факултет	39,11	5,70						
		<b>AS</b>	<b>SD</b>	<b>F(1)</b>	<b>p</b>	<b>η<sup>2</sup></b>			
Место живљења	град	38,87	6,11	2,514	0,120	0,056			
	село	34,50	7,34						
		<b>AS</b>	<b>SD</b>	<b>F(1)</b>	<b>p</b>	<b>η<sup>2</sup></b>			
Тип оштећења	оштећење вида	36,63	6,67	3,030	0,089	0,067			
	оштећење слуха	39,91	5,76						
		<b>AS</b>	<b>SD</b>	<b>F(2)</b>	<b>p</b>	<b>η<sup>2</sup></b>			
Ниво оштећења	тешко	39,20	6,02	1,856	0,169	0,083			
	лако	38,43	6,40						
	још увек није	34,14	7,15						
	утврђено								
		<b>AS</b>	<b>SD</b>	<b>F(3)</b>	<b>p</b>	<b>η<sup>2</sup></b>			
Време дијагностиковања	пре прве године	39,19	7,03	1,698	0,183	<b>0,113</b>			
	између прве и треће године	36,09	4,78						
	између треће и шесте године	40,00	4,19						
	није постављена дијагноза	28,00	/						
			<b>AS</b>				<b>SD</b>	<b>F(1)</b>	<b>p</b>
Узраст детета	од 0 до 3 године	37,00	7,95	1,475	0,231	0,033			
	од 3 до 6 година	39,33	4,61						

## 4. ДИСКУСИЈА

Рођењем детета са сметњом у развоју појачавају се захтеви који се постављају пред родитеље који се суочавају са новим изазовима и потребом за проналажење адекватне помоћи за своје дете (Leutar i sar., 2008.; Milić Babić, 2010, према Milić Babić i sar. 2013). Уколико изостаје професионална стручна подршка, често трагају за правом информацијом шта је најбоље за њихово дете (Milić Babić i sar., 2013) и посећујући различите стручњаке неретко добијају и различите дијагнозе. Према Рајић и Мухић (2015) родитељи који не прихватају дијагнозу и стање детета не могу пружити адекватну негу и одговорити на његове потребе за разлику од родитеља који имају реалистичан став о будућности и развоју детета. Када се ради о прогресивном оштећењу вида или слуха, приоритети породице се стално мењају те је сарадња са стручњацима од великог значаја ради добијања информација и припремања родитеља за евентуалне промене. Према истраживањима, родитељи који су укључени у програме ране интервенције се лакше прилагођавају на дијагнозу детета од родитеља који нису укључени у такве програме (Pelchat i sar., 1999, Milić Babić i sar., 2013). Благовремено прихватање стања детета омогућава рано ангажовање и рад у циљу подстицања дететовог развоја. Одбијање и негирање инвалидитета је јако често у нашој земљи (Ristić i sar., 2013), што може водити касном укључивању у програме рехабилитације или третмана. Том чињеницом можемо објаснити и добијене резултате где је одређени број родитеља деце са оштећењем вида или слуха дао одговор да нема дете са развојном сметњом. Такође, треба узети у обзир да родитељи нису довољно упознати са терминологијом, и да термин „развојна сметња“ приписују интелектуалним сметњама, синдромима или тежим оштећењима која су видљива.

Циљна група истраживања били су родитељи деце са сметњама у развоју, при чему највећи број родитеља има децу са тешким оштећењем вида или слуха, док мали број родитеља деце са оштећењем вида нема информацију о степену оштећења. Прве тешкоће или проблеми у развоју су код највећег броја деце уочени пре навршене прве године



живота, али у ову групу се углавном убрајају деца са тешким оштећењем вида или слуха или она код које је оштећење физички видљиво, попут катаракте. Време дијагностиковања сметње је код приближно истог броја деце такође пре навршене прве године живота, што се и очекује када се ради о тешком оштећењу вида или слуха. Скоро сви родитељи су укључени у програм ране интервенције, а то омогућава да боље разумеју потребе детета, одговарају на њих и имају више информација како да подстичу његов развој од родитеља чија деца нису укључена у програм, што потврђује истраживање Николић и сарадника (Nikolić i sar., 2017) спроведено над групом родитеља деце оштећеног вида.

#### **4.1. Задовољство родитеља деце са оштећењем вида и родитеља деце са оштећењем слуха односом са стручњацима**

Процена задовољства родитеља услугама ране интервенције је показатељ квалитета услуга које добијају, али и квалитета односа са стручњацима. Мерење степена задовољства родитеља има вишеструки значај: пружање родитељима више контроле над одлукама које праве за дете, процена и унапређење сервиса као и приказ ефикасности сервиса (McNaughton, 1994, према Rodger et al., 2008). Степен задовољства родитеља односом са стручњацима одређује велики број фактора. Мали број података у литератури који се односи на задовољство родитеља деце са оштећењем вида или слуха услугама ране интервенције представља једно од ограничења овог истраживања. Најчешћа истраживања усмерена су на децу са синдромима, аутизмом или децу са вишеструким сметњама.

Степен задовољства родитеља деце са кохлеарним имплантом се разликује у зависности од претходних очекивања и искустава (Radić-Šestić i sar., 2018). Ристић и сарадници (2013) истичу значај родитељске сарадње са стручњацима, пре свега, ради прихватања инвалидитета и раног укључивања у адекватан третман, уз постојање тима и тимског рада са већим бројем стручњака. Анализом добијених резултата, родитељи деце са оштећењем слуха показали су виши степен задовољства услугама ране интервенције од родитеља деце са оштећењем вида, док на описним одговорима о искуству у раној интервенцији скоро сви родитељи деце са оштећењем вида посебну захвалност упућују тифлолозима из Школе за децу оштећеног вида „Вељко Рамадановић“ у Земуну. Ове

результате потврђује и истраживање Николић и сарадника (2017) које је показало да је више од половине родитеља деце са оштећењем вида укључених у програм ране интервенције задовољно самим програмом. Степен образовања родитеља знатно утиче на задовољство раном интервенцијом; родитељи који имају завршену основну школу негативније су оценили однос са стручњацима од родитеља који су завршили више степене образовања. Такође, тежина оштећења се показала као битан фактор: родитељи чија деца имају теже оштећење вида или слуха су исказали виши степен задовољства од родитеља који имају децу са лакшим степеном оштећења. То можемо објаснити чињеницом да се деца са тежим оштећењем раније детектују, а самим тим се оштећење дијагностикује и деца се благовремено укључују у процес ране интервенције. Упитно је да ли је ова тврдња у сваком случају важећа, с' обзиром на то да је истраживањем добијен податак да су нешто више задовољнији родитељи код чије деце је сметња дијагностикована између треће и шесте године у односу на родитеље код чије деце је сметња раније дијагностикована.

Родитељи имају потребу да буду укљученији у доношење одлука и касније образовање детета (Danklefsen, 2008; Fish, 2006; Valle, 2002, према Rajić & Milić, 2015) што је једна од битних ставки у сарадњи родитеља и стручњака у програму ране интервенције. Захваљујући квалитетним и потпуним информацијама од стране стручњака родитељи деце са оштећењем слуха лакше могу донети одлуке о кохлеарној имплантацији (Radić-Šestić i sar., 2018), што потврђују и резултати добијени у области *Однос са стручњацима* који су показали да стручњаци у великој мери помажу родитељима у доношењу правих одлука за њихово дете. Истраживања су показала да пружање јасних и потпуних информација родитељима омогућава формирање позитивних перцепција на будућност детета уз рад са родитељима на подизању самопоуздања и веровања у властите способности (Howlin & Asgharian, 1999, према Milić Babić i sar., 2013). Кошичек и сарадници (Košiček i sur. 2009, према Milić Babić i sar., 2013) наводе да је чак 61% родитеља у истраживању изразило незадовољство добијеним информацијама о услугама ране интервенције. Према резултатима, често изостаје дељење информација од стране стручњака почев од установа које пружају различите врсте услуга па све до конкретног рада са дететом и начина унапређења развоја. Такође, родитељи извештавају да су њихова

очекивања од стручњака другачија од праксе; од стручњака углавном добијају недовољно информација о дијагнози, стању детета, неопходном раду и установама где могу добити подршку (Davies & Hall, 2005; Hall & Graff, 2011; Pain, 1999, према Rajić i Mihić, 2015), док је то у нашем случају другачије, напротив, родитељи наводе да имају добру комуникацију и сарадњу са стручњацима, као и да од њих добијају потребне информације. Истраживање које је за циљ имало процену нивоа задовољства мајки деце са аутизмом показало је да су оне задовољне коначним исходом након интервенције, док у областима које се односе на прилагођеност програма породици и комуникацију са стручњацима показују нижи степен задовољства (Rodger et al., 2008). Ајтеми који се односе на комуникацију са стручњацима и добијање информација такође су оцењени негативније од стране родитеља деце са оштећењем вида и оштећењем слуха. Родитељи указују на неопходност веће флексибилности стручњака у раду када дође до промене породичне ситуације и пружања већег степена подршке у доношењу адекватних одлука. Социодемографске варијабле попут старости детета, брачног статуса родитеља и запослења, нису у вези са задовољством родитеља сервисом ране интервенције што потврђују и нека истраживања (Ziviani et al., 2011). Стално информисање родитеља је неопходно, уз прилагођавање начина интерпретирања одређених информација тако да оне родитељима буду јасне.

## **4.2. Самоефикасност родитеља деце са оштећењем вида и родитеља деце са оштећењем слуха**

Један од предуслова за ангажман родитеља у раној интервенцији јесте прихватање оштећења код детета, односно разумевање његовог тренутног стања (Nikolić i sar., 2017). Родитељи који благовремено прихвате стање свог детета и превазиђу процес туговања, у сваком погледу постају спремнији да одговоре на његове потребе. Емотивно стање родитеља утиче на развој детета, па је, сходно томе, један од циљева истраживања испитивање спремности родитеља да одговоре на настале изазове. Истраживање Дајка и сарадника (Dyke et al., 2006) показало је да стручњаци понекад или ретко разговарају са родитељима о њиховим осећањима, пружају прилику целој породици да добије одређене информације, подстичу породичне везе и неблаговремено реагују на бриге родитеља.

Највећи скор на ајтему „*Волим да се бавим својим дететом*“ указује да је већина родитеља деце са оштећењем вида и деце са оштећењем слуха прихватила стање детета и настоји да активно учествује у подстицању његовог развоја на различите начине. Такође, охрабрујуће је да велики број родитеља сматра да је способно да позитивно утиче на развој свог детета, као и да може да донесе одлуке о виду подршке која је детету потребна. Истраживања су показала да родитељи имају потребу да науче како да подучавају и раде са својом децом на одговарајући начин (Dimitrova-radojichikj & Chichevska-Jovanova, 2017). Такође, потребно им је да унапреде своје способности како би могли да помогну детету и боље разумеју његове потребе. Анализирајући резултате добијене проценом самоефикасности родитеља уочено је да родитељи са завршеном основном школом, као и у свим осталим областима, показују ниже скорове у односу на родитеље са завршеним вишим степенима образовања. У оквиру ове области највећи утицај има ниво оштећења, при чему су најбоље резултате остварили родитељи чија деца имају теже оштећење вида или слуха. Овај резултат можемо приписати чињеници да се деца са тежим оштећењима раније детектују и укључују у програм ране интервенције где родитељи добијају благовремену подршку. Време дијагностиковања оштећења вида код детета такође утиче на самоефикасност родитеља, наиме, родитељи код чије деце је оштећење вида дијагностиковано између треће и шесте године показују већи степен самоефикасности од родитеља код чије деце је оштећење дијагностиковано раније. Могуће је да су ови родитељи успели да успоставе задовољавајући контакт са дететом, и захваљујући раној интервенцији научили како да процене способности и вештине и одаберу стратегије за постизање циља (Ozkan & Sucouglou, 2011).

Део скале намењене процени самоефикасности родитеља деце са оштећењем вида и деце са оштећењем слуха садржи ајтеме који указују на негативне емоције и присуство анксиозности код родитеља. Рана негативна искуства у програму ране интервенције могу да доведу до негативног става према програму, стручњацима, али и до родитељског стреса и осећаја некомпетентности (Bailey et al., 1998.; Kraljević, 2010.; Sarimski et al., 2013, према Milić Babić i sar., 2013). Анализом појединачних одговора утврђено је да најстарија старосна група родитеља показује висок ниво анксиозности, што се може приписати томе да се родитељи старијег доба теже носе са изазовима који се пред њих постављају од

родитеља млађег доба који су флексибилнији и лакше се прилагођавају променама. Ниво образовања, врста и степен ометености, старост детета представљају потенцијално значајне чиниоце повезане са степеном анксиозности код родитељи (Bumin et al., 2008). До појачаног стреса може да доведе и велики притисак који родитељи осећају у вези са напредовањем детета, тако да неретко напуштају посао (Ben et al., 2013). Поред тога, родитељи који су разведени или самци најчешће сами воде бригу о детету што појачава степен анксиозности, и на то указују подаци овог истраживања. Родитељи деце код које је сметња дијагностикована касније, односно између треће и шесте године живота, показују виши степен анксиозности. Добијени податак може бити у вези са неблагоприятно постављеном дијагнозом, а самим тим и касним укључивањем у третман и недостатак подршке родитељима. Примера ради, највећи број родитеља одговара да се понекад осећа изоловано и одбачено од околине, као и анксиозно и забринуто. Појава анксиозности и стања повишеног стреса у тренуцима када се стање детета погоршава је готово уобичајена, јер се родитељи изнова прилагођавају и пролазе кроз период жаљења (Copley & Bodensteiner, 1987). Улога стручњака у тим тренуцима је веома битна, јер је неопходно показати разумевање за тренутно стање, акутну или хроничну тугу (Olshansky, 1962, према Copley & Bodensteiner, 1987). Стручна подршка треба да олакша процес жаљења и да помогне родитељу да реално сагледа будућност детета и да учествује у подстицању његовог развоја.

Однос родитеља и стручњака има велики значај у самом раду јер ток и исход рехабилитације детета са општећењем зависи у великој мери од ангажовања родитеља и њихове укључености (Kirk et al., 2002; Svirsky et al., 2004, према Radić-Šestić i sar., 2018).

### **4.3. Унапређење праксе ране интервенције**

Истраживање Милић Бабић и сарадника (2013) које је имало за циљ да процени шта је родитељима најважније у процесу ране интервенције показало је да су то: сарадња већег броја стручњака, њихове компетенције, мотивација за сарадњу са родитељима и дељење информација, као и први контакт и успостављање поверења. Родитељи из овог истраживања као тешкоће у систему ране интервенције наводе: изостанак подршке који укључује изостанак подршке у прихватању дијагнозе и стања детета, недовољно

интензивне програме подршке, дуге листе чекања и доступније програме родитељима који су бољих финансијских могућности. Наводе и недостатак јасних информација о услугама које постоје, као и о установама у којима могу да пронађу одговарајуће третмане или подршку. Још један од недостатака јесте неадекватна организација рада; стручњака је мало и то доводи до губитка континуитета у третманима (Milić Babić i sar., 2013). Родитељи деце са оштећењем вида и оштећењем слуха указују на сличне тешкоће попут: недостатка више стручњака на истом месту, изостанка подршке родитељима и кратког трајања свих врста третмана.

Приступ који је усмерен на породицу се показао као најефикаснији у пракси ране интервенције (Fordham et al., 2011, према Воћаček i sar., 2018), али се често срећу приступи који су усмерени само на увежбавање одређених вештина (Воћаček i sar., 2018). Увежбавање вештина треба да се обавља у простору који је детету познат, најчешће породичној кући, јер су се као најефикасније показале интервенције које се темеље на рутинама. Уз помоћ стручњака, родитељи за своје дете могу да пронађу адекватне активности и начин рада који ће да делује стимулативно на целокупан развој. Евалуацијом програма рада у кућним условима закључено је да постоји висок степен задовољства родитеља, што потврђује значај њиховог укључивања у организован рад са дететом. Анализом одговора који се односе на *Унапређење праксе ране интервенције*, можемо да констатујемо да мали број породица услуге добија код куће иако родитељи сматрају да је то један од битних елемената који може да допринесе унапређењу праксе ране интервенције у Србији. Као приоритетне активности родитељи су наводили и чешће третмане, дуже трајање третмана. Неки од њих су навели потребу за више стручњака, више установа за процену и рад са децом, комбинацију нових метода рада и едукацију и саветовање родитеља. Оснаживање родитеља и подизање њихових компетенција путем едукације и саветовања утиче позитивно на њихову самоефикасност, а родитељ који поседује више вештина ефикасније утиче на развој детета (Мајnemer, 1998, према Milić Babić i sar., 2013). Неки родитељи путују неколико пута током недеље до центра за рехабилитацију или свог терапеута, што такође представља велику тешкоћу, како организациону, тако и финансијску. Предлог родитеља је и боља територијална

организација установа, како би сваки град у Србији имао адекватне услуге и подршку од стране тима за рану интервенцију.

Неки од најзначајнијих препорука родитеља за унапређење праксе су:

1. „Неопходна је рана детекција проблема са слухом. Уз то, стручњаци треба да воле свој посао. Често сам наилазио на стручњаке који су ту само због дипломе. Такође, третмани треба да трају док дете не постане сигурно у себе“.

2. „Строги избор терапеута који могу да раде са децом у овом узрасту. Комбинација терапија код куће, али и постојање одговарајућих простора за терапију и ван куће (како би дете навикло и на друге просторе). Терапија треба да буде заснована на игри, али да има јасно постављене циљеве шта се постиже са којом и након колико времена (оквирно). Програми и стручњаци који могу да прилагоде третмане различитим потребама и карактерима детета. Генерално мало је стручњака који се баве децом у овом добу. Наилазили смо или на превише строге или на превише благе са јако малом жељом да се прилагоде детету. Терапеути који су били јако даровити да се прилагоде и разумеју дете нису имали адекватну обуку и припремљене програме, начине на које могу да пробају да помогну детету. Ослањали су се на себе и своје искуство“.

3. „Укљученост више стручњака и редовни термини минимум три пута недељно. Терапија треба да траје минимум два сата, али да се терапеути са другачијим темама смењују на 30 до 45 минута зависно од терапије. Континуирано и планско праћење детета, са контролама и тестовима на минимум три, а максимум шест месеци. Писање програма развоја на месечном нивоу са јасним инструкцијама за родитеље како радити са дететом након сваког третмана. Постављање јасних циљева терапија. Јако битно да се обухвати шири спектар проблема (пored логопеда, укључити програм дефектолога, очног дефектолога, реедукацију моторике, психолога,...)“.

4. „Више стручњака, кућне посјете, сарадња стручњака са другим стручњацима у свијету, умрежавање родитеља уз помоћ стручњака, семинари и обуке за родитеље, дружења дјете нпр. љетне, зимске школице. Разна дешавања која би школу и дјецу учинила видљивијом за друштво“.

На крају Упитника, родитељи су имали могућност да напишу неко своје лично искуство или дају коментаре и сугестије за даљи рад. Неки од њих су:

1. „Можда више образовних емисија у вези деце са потешкоћама у развоју, деца са разним проблемима, од аутизма, инвалидитета итд.. Да се људи, генерално, образују тако што ће добити више информација. Зашто? Онда не би били у паници, не толикој, када би се њиховом детету дијагностификовало, у овом случају, оштећење слуха. Многи родитељи постављају себи питања „шта даље, када прође рехабилитација?“. Рехабилитација није исто што и потпуно излечење. Разна искуства других родитеља које су бирали детету слушне апарате или кохлеарне импланте, које су предности а које су мане између та два избора. Сва деца која имају оштећење слуха, да уче на забаван начин, говор рукама, како српски, тако и ако постоји, међународни или пак амерички знаковни језик.“

2. „Задовољни смо јаким сарадњом са школом за следеће и слабовиде, и остале установе треба да следе њихов пример. Јако смо незадовољни што не можемо да добијемо термине у државним установама за рехабилитацију“.

3. „Савршена искуства са стручњацима у школи "Вељко Рамадановић" у Земуну. Без тифлолога Зорице В. не знам да ли би моје дете било овако напредно (без обзира на оштећење које има). Ту су и Данијела, Љиља, и још многи запослени те школе. Све похвале, моје дете ће похађати ту школу и сматрам да је то најбоља опција за њу“.

4. „Критику имам само за нашег педијатра, који није урадио дијагностику, када смо му рекли да дете не говори (дете је имало две године). Са свим осталим стручњацима смо имали позитивна искуства. Морам да издвојим сурдоаудиолога који даје своје максимално залагање и труд. Морам још да нагласим да у целој интервенцији родитељи имају најважнију улогу, јер су они дужни да код куће спроводе адекватне третмане на које их стручњаци упућују!“

5. „Посумњали смо на оштећење слуха када је имао 2 месеца. БЕРА тест урађен са 6 месеци, када је добио слушне апарате, а са тачно годину дана је имплантиран. Презадовољни смо радом и ангажовањем сурдолога у Дечијој кући!“



Родитељи деце са сметњама у развоју показују потребу за раном интервенцијом, породичним саветовањем, али и подизањем свести у заједници (Jabery et al., 2014, према Rajić & Mihić, 2015), а у прилог томе стоје и резултати нашег истраживања. Унапређење праксе ране интервенције у Србији је неопходно, почев од законске регулативе па до организације рада, али степен задовољства родитеља деце са сметњама у развоју нам указује на ефикасност рада стручњака у неопходним областима.

## 5. ЗАКЉУЧАК

На основу резултата добијених путем процене задовољства родитеља деце са оштећењем вида и родитеља деце са оштећењем слуха услугама ране интервенције можемо да закључимо да постоји висок степен задовољства обе групе испитаника. Иако није утврђена статистички значајна разлика у задовољству ове две групе испитаника, анализа описних одговора у делу који се односи на *Однос са стручњацима* указала је на нешто виши степен задовољства родитеља деце са оштећењем вида. На основу дистрибуције одговора родитеља на петостепеној скали може се закључити да имају потребу за флексибилнијим односом стручњака и за бољом комуникацијом.

Степен оштећења вида или слуха код детета показао се као веома значајан у области *Самоефикасност родитеља*, родитељи деце са тежим оштећењем вида или слуха су спремнији за рад са дететом и имају реалистичну слику о његовој будућности. Разлике су уочене и у односу на ниво образовања родитеља, при чему родитељи са нижим степеном образовања постижу ниске скорове у областима *Однос са стручњацима* и *Самоефикасност*.

Поред високог степена задовољства односом са стручњацима, родитељи наводе да је неопходно унапређење саме праксе ране интервенције у Србији. Промене у читавом систему на глобалном нивоу довешће и до промена у систему ране интервенције, повећању броја укључене деце, али и бољих резултата. Као приоритетне активности

потребне за ефикаснији рад најчешће се наводе: чешћи и дужи третмани, учешће већег броја стручњака и спровођење третмана у кућним условима.

Социодемографске варијабле попут запослења родитеља, брачног статуса и места живљења нису значајно повезане са односом са стручњацима и самоефикасношћу. Анализа добијених резултата представља полазну тачку за даља истраживања у овој области, као и предлог за промене у систему спровођења интервентних програма за децу са сметњама у развоју.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Affleck, G., McGrade, B. J., McQueeney, M., & Allen, D. (1982). Relationship-Focused Early Intervention in Developmental Disabilities. *Exceptional Children*, 49(3), 259-261. doi.org/10.1177/001440298204900311
2. Alimović, S. (2013). *Razvoj funkcionalnog vida kod djece s perinatalnim oštećenjem mozga*. Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet. Doktorska disertacija
3. Alimović, S., Katušić, A., & Jurić, N. (2013). Ishod rane habilitacije funkcionalnog vida u djece s perinatalnim ozljedama mozga. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49, 1-9.
4. Anderson, L. M., Shinn, C., Fullilove, M. T., Scrimshaw, S. C., Fielding, J. E., Normand, J., ... & Task Force on Community Preventive Services. (2003). The effectiveness of early childhood development programs: A systematic review. *American journal of preventive medicine*, 24(3), 32-46.
5. Bailey Jr, D. B. (2001). Evaluating parent involvement and family support in early intervention and preschool programs. *Journal of Early intervention*, 24(1), 1-14.

6. Bailey Jr, D.B., Bruder, M.B., Hebbeler, K., Carta, J., Defosset, M., Greenwood, C., Kahn, L., Mallik, S., Markowitz, J., Spiker, D., & Walker, D. (2006). Recommended outcomes for families of young children with disabilities. *Journal of Early Intervention*, 28(4), 227-251. doi:10.1177/105381510602800401
7. Ben, J. T., Sallemi, R., Hasiri, I., Zouari, L., Kamoun, F., Zouari, N., ... & Maalej, M. (2013). Psycho-emotional impact of a child's disability on parents. *Archives de pediatrie: organe officiel de la Societe francaise de pediatrie*, 20(1), 9-16.
8. Bohaček, A. M., Ivšac Pavliša, J., & Ljubešić, M. (2018). Intervencija utemeljena na rutinama u ranoj intervenciji kroz grupni rad s obiteljima. *Logopedija*, 8(1), 6-12.
9. Bradarić-Jončić, S., & Mohr, R. (2010). Uvod u problematiku oštećenja sluha. *Vjesnik bibliotekara Hrvatske*, 53(2), 55-62.
10. Brambring, M., Rauh, H., Beelmann, A., & Sonderforschungsbereich 227-Prävention und Intervention im Kindes und Jugendalter. (1996). *Early childhood intervention: Theory, evaluation, and practice*. Walter de Gruyter, Berlin; New York
11. Brković, A. D. (1996). *Razvojna psihologija*. Čačak: Regionalni centar za profesionalni razvoj zaposlenih u obrazovanju i Učiteljski fakultet.
12. Brooks-Gunn, J., Berlin, L. J., & Fuligni, A. S. (2000). Early childhood intervention programs: What about the family? U E. F. Zigler (Ur.), *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press. (str. 549-588)
13. Bruder, M. (2010). Early Childhood Intervention: A Promise to Children and Families for Their Future. *Council for Exceptional Children*. 76(3), 339-355.
14. Calhoun, M. L., Calhoun, L. G., & Rose, T. (1989). Parents of Babies with Severe Handicaps: Concerns About Early Intervention. *Journal of Early Intervention*, 13(2), 146-152. doi:10.1177/105381518901300205
15. Caro, P., & Derevensky, J. L. (1991). Family-focused intervention model: Implementation and research findings. *Topics in Early Childhood Special Education*, 11(3), 66-91.
16. Chen, D. (2001). *Visual impairment in young children: A review of the literature with implications for working with families of diverse cultural and linguistic backgrounds*.

- (CLAS Technical Report 7). Urbana, IL: University of Illinois at Urbana/ Champaign, Culturally and Linguistically Appropriate Services, Early Childhood Research Institute.
17. Chen, D. (Ed.). (2014). *Essential elements in early intervention: Visual impairment and multiple disabilities*. American Foundation for the Blind.
  18. Copley, M. F., & Bodensteiner, J. B. (1987). Chronic sorrow in families of disabled children. *Journal of Child Neurology*, 2(1), 67-70.
  19. Cvijetić, M. (2016). Značaj rane intervencije u tretmanu teškoća u intelektualnom razvoju. *Beogradska defektološka škola*, 22(2), 61-78.
  20. de Verdier, K., Fernell, E., & Ek, U. (2019). Blindness and Autism: Parents' Perspectives on Diagnostic Challenges, Support Needs and Support Provision. *Journal of autism and developmental disorders*, 1-10.
  21. Decker, K. B., & Vallotton, C. D. (2016). Early Intervention for Children With Hearing Loss: Information Parents Receive About Supporting Children's Language. *Journal of Early Intervention*, 38(3), 151-169. doi.org/10.1177/1053815116653448
  22. Dikić, S. (1997). *Tiflogologija*. Beograd: Ideaprint.
  23. Diller, G., Graser, D. P. P., & Schmalbrock, D. P. C. (2000). *Hörgerichtete Frühförderung hoch-gradig hörgeschädigter Kinder*. Edition S, Heidelberg.
  24. Dyke, P., Buttigieg, P., Blackmore, A. M., & Ghose, A. (2006). Use of the Measure of Process of Care for families (MPOC-56) and service providers (MPOC-SP) to evaluate family-centred services in a paediatric disability setting. *Child: Care, Health and Development*, 32(2), 167-176.
  25. Favez, N., Métral, E., & Govaerts, P. (2008). Parental satisfaction with a home-based intervention for developmentally delayed children in Switzerland: A survey over a 10-year period. *Child Care in Practice*, 14(2), 147-163. doi:10.1080/13575270701868751
  26. Fazzi, E., Signorini, S. G., Bova, S. M., Ondeì, P., & Bianchi, P. E. (2005). Early intervention in visually impaired children. In *International Congress Series*, 1282, 117-121. Elsevier.
  27. Fraiberg, S. (1971). Intervention in infancy: A program for blind infants. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 10(3), 381-405.

28. George, C. E., Norman, G., Benjamin, T. E., & Mukherjee, D. (2014). Barriers to Early Diagnosis, Intervention and Social Integration of Children with Developmental Disabilities: A Qualitative Study from Rural Villages and a Poor Urban Settlement of Bangalore, South India. *Disability, CBR & Inclusive Development*, 25(4), 61-83.
29. Glumbić, N., Brojčin, B., & Đorđević, M. (2013). Rana intervencija kod dece s poremećajima autističkog spektra. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 12(1), 103-118
30. Golubović, Š., Marković, J., & Perović, L. (2015). Things that can be changed in early intervention in childhood. *Medicinski pregled*, 68(7-8), 267-272.
31. Hamblin-Wilson, C., & Thurman, S. K. (1990). The Transition from Early Intervention to Kindergarten: Parental Satisfaction and Involvement. *Journal of Early Intervention*, 14(1), 55-61. doi:10.1177/105381519001400105
32. Jackson, C. W., Traub, R. J., & Turnbull, A. P. (2008). Parents' Experiences With Childhood Deafness: Implications for Family-Centered Services. *Communication Disorders Quarterly*, 29(2), 82-98. doi.org/10.1177/1525740108314865
33. King, G., Law, M., King, S., & Rosenbaum, P. (1998). Parents' and service providers' perceptions of the family-centredness of children's rehabilitation services. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 18(1), 21-40.
34. King, G., Strachan, D., Tucker, M., Duwyn, B., Desserud, S., & Shillington, M. (2009). The application of a transdisciplinary model for early intervention services. *Infants & Young Children*, 22(3), 211-223. doi:10.1097/iy.0b013e3181abe1c3
35. King, S. M., Rosenbaum, P. L., & King, G. A. (1996). Parents' perceptions of caregiving: development and validation of a measure of processes. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 38(9), 757-772.
36. King, S., King, G., & Rosenbaum, P. (2004). Evaluating health service delivery to children with chronic conditions and their families: Development of a refined measure of processes of care (MPOC-20). *Children's Health Care*, 33(1), 35-57.
37. Konstantina, N., Eleni, F., Evangelos, K., Paraskevi, G., Vasilis, T., & Maria, S. (2014). Parental satisfaction with early intervention services for children with visual impairments and multiple disabilities in Greece. *Journal of Physical Education and Sport*, 14(1), 60-65.

38. Krauss, W. M. (2000). Family Assessment Within Early Intervention Programs. U J. Shonkoff & S. Meisels (Ur.) *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press: (str. 290-309).
39. Lanners, R., & Mombaerts, D. (2000). Evaluation of parents' satisfaction with early intervention services within and among European countries: Construction and application of a new parent satisfaction scale. *Infants & Young Children*, 12(3), 61-70.
40. Majnemer, A. (1998). Benefits of early intervention for children with developmental disabilities. *Seminars in pediatric neurology*, 5(1), 62-69.
41. Mamić, P. (2016). *Usluge rane intervencije: perspektiva obitelji djece s odstupanjima u psihomotoričkom razvoju* (Doctoral dissertation, University of Zagreb. Faculty of Education and Rehabilitation Sciences).
42. Marković, O., & Arsić, J. (2011). Rana intervencija i tretman dece sa smetnjama u razvoju. *PONS - medicinski časopis*, 8(4), 138-145.
43. McInnes, J. M., & Treffry, J. A. (1993). *Deaf-blind infants and children: A developmental guide*. University of Toronto Press.
44. McNaughton, D. (1994). Measuring Parent Satisfaction with Early Childhood Intervention Programs. *Topics in Early Childhood Special Education*, 14(1), 26-48. doi:10.1177/027112149401400106
45. Meadow-Orlans, K. P., Sass-Lehrer, M., & Mertens, D. M. (2003). *Parents and their deaf children: The early years*. Gallaudet University Press.
46. Melnjak, S. (2019). Rana intervencija u djetinjstvu (Završni rad). Preuzeto sa <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:910804>
47. Michael, M. G., & Paul, P. V. (1990). Early Intervention for Infants with Deaf-Blindness. *Exceptional Children*, 57(3), 200-210. doi.org/10.1177/001440299105700303
48. Milić Babić, M, Franc, I, i Leutar, Z. (2013). Iskustva s ranom intervencijom roditelja djece s teškoćama u razvoju. *Ljetopis socijalnog rada*, 20(3), 453-480.
49. Milić Babić, M. (2013). Neke odrednice doživljaja roditeljske kompetentnosti u obiteljima djece s teškoćama u razvoju. *Napredak: časopis za pedagošku teoriju i praksu*, 154(1-2), 83-102.

50. Nikolić, S., Dedaj, M., Berklović, J., i Radojčić, J. (2017). Korelati roditeljskih stavova povezani sa uključivanjem/isključivanjem njihove dece sa oštećenjem vida u ranoj intervenciji. *Early Childhood Intervention: For meeting sustainable development goals of the new millennium. Eurlyaid Conference, Belgrade*.
51. Ozkan, S. Y & Sucougrou, B. (2011). Retrospective evaluation of mothers' opinions related to the small steps early intervention program. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 3, 88-110.
52. Pogrand, R. L., & Fazzi, D. L. (2002). *Early focus: Working with young blind and visually impaired children and their families*. American Foundation for the Blind.
53. Poljan, I. (2011). Timska procjena. U: A., Sever, (Ur.): *Rana intervencija za djecu s oštećenjem vida – upute za rad*. Zagreb: Centar za odgoj i obrazovanje „Vinko Bek”. (str. 6-7).
54. Radić-Šestić, M., Šešum, M., & Isaković, L. (2018). Činioci odlučivanja roditelja za kohlearnu implantaciju i njihovog zadovoljstva ishodima rehabilitacije. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 17(2), 213-232.
55. Rajić, M., & Mihić, I. (2015). Socioemocionalna posvećenost roditelja dece sa smetnjama u razvoju: razlike između majki i očeva. *Godišnjak Filozofskog fakulteta u Novom Sadu*, 40(2), 137-152.
56. Ristić, S., Kocić, B., & Milošević, Z. (2013). Uticaj stavova roditelja na habilitaciju dece sa oštećenim sluhom. *Vojnosanitetski Pregled*, 70(4), 363-367.
57. Rodger, S., Keen, D., Braithwaite, M., & Cook, S. (2008). Mothers' satisfaction with a home based early intervention programme for children with ASD. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(2), 174-182.
58. Sass-Lehrer, M., Porter, A., & Wu, C. L. (2016). Families: Partnerships in practice. U: M. Sass-Lehrer (Ur.) *Early intervention for deaf and hard-of-hearing infants, toddlers, and their families: Interdisciplinary perspectives*. Oxford University Press: str. 65-103.
59. Schreiber, J., Benger, J., Salls, J., Marchetti, G., & Reed, L. (2011). Parent perspectives on rehabilitation services for their children with disabilities: a mixed methods approach. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 31(3), 225-238.

60. Thurmair, M., & Naggl, M. (2010). *Praxis der Frühförderung: Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld*. München; Basel: E. Reinhardt.
61. Vučinić, V. (2014). *Osnovi tiflogije*. Beograd: Univerzitet u Beogradu–Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
62. Vučinić, V., Stanimirov, K., Alimović, S., & Anđelković, M. (2019). Cerebralno oštećenje vida - dijagnostički kriterijumi i elementi tretmana. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 18(3), 353-381.
63. Young, A., Gascon-Ramos, M., Campbell, M., & Bamford, J. (2010). Parental satisfaction, service quality and outcomes. *Y: A Sound Foundation Through Early Amplification: Proceedings of the 2010 International Conference*. Stafa, Switzerland: Phonak AG.
64. Ziviani, J., Feeney, R., & Khan, A. (2011). Early intervention services for children with physical disability: Parents' perceptions of family-centeredness and service satisfaction. *Infants & Young Children*, 24(4), 364-382. doi:10.1097/iy.0b013e31822a6b77
65. Адамовић, Т., Совиљ, М. (2013). Аудиторна дисфункција код деце. *Београдска дефектолошка школа*, 19(1). 1-20.
66. Голубовић, Ш. (2018). *Рана интервенција у детињству*. Нови Сад: Универзитет у Новом Саду, Медицински факултет.
67. Ђоковић, С., Остојић, С. (2017). *Функционална процена слуха код деце*. Београд: Универзитет у Београду, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију.